



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS

MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL- DOMINIO COGNITIVO E MOTOR

Estudo Psicométrico do
Índice de Bem-Estar Pessoal
Em Pessoas Portadoras de Deficiência Mental (PWI- ID)

ÂNGELA MANUELA NOGUEIRA FERREIRA

Felgueiras, setembro 2013



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS

MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

Estudo Psicométrico do
Índice de Bem-Estar Pessoal
em *Pessoas Portadoras de Deficiência Mental* (PWI- ID)

Ângela Manuela Nogueira Ferreira

Licenciada em Psicologia

Pela Universidade Fernando Pessoa

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em
Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, sob orientação
do Professor Doutor Paulo Dias.

Felgueiras, 2013

“Ser Feliz sem motivo é a mais autêntica forma de Felicidade”

Carlos Drummon

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que incansavelmente lutam todos os dias para conseguir expressar suas vontades, usufruir os direitos como cidadãos. Sujeitos com sentimentos, desejos, que na maioria das vezes não conseguimos ouvir ou entender por causa de nossas pré-concepções.

E como não poderia deixar de ser, aos meus pais por todo apoio, ao meu marido pela ausência da minha companhia e ajuda na parte gráfica. Mas em especial à minha filha, pelas brincadeiras adiadas e pelas histórias que imensas vezes ficaram por contar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, ao ISCE pela oportunidade de conhecer docentes de mérito inquestionável.

Em segundo lugar, um grande agradecimento ao Professor Doutor Paulo Dias que me forneceu uma supervisão indispensável, tendo sido um grande auxílio nas orientações teóricas, assim como no tratamento estatístico dos dados e na sua interpretação. Mostrando sempre um rigor crítico e disponibilidade que muito admiro.

À Docente de Inglês pelo apoio prestado na tradução do manual do PWI-ID e respetivo questionário.

Agradeço igualmente a todas as instituições e escolas, que permitiram a administração do PWI-ID.

Obrigado a todos os jovens e respetivas famílias que, com responsabilidade e empenho, responderam ao PWI –ID sem negarem, compreendendo sempre a importância da sua participação.

Obrigado à Antonina pela amizade e ajuda na administração dos questionários.

Não podendo esquecer de agradecer à Conceição pela amizade e pelo companheirismo nesta jornada. Foram sem dúvida uma grande fonte de suporte.

Por fim, uma palavra de agradecimento a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta dissertação.

A todos, o meu singelo Obrigado.

RESUMO

A Deficiência Mental foi sendo negligenciada ao longo dos tempos, começando a ganhar maior visibilidade nos últimos anos. Assim, surgiram alguns estudos, no sentido de melhor a compreender e melhorar Bem- Estar das pessoas com deficiência mental. O estudo envolveu 135 pessoas portadoras de deficiência mental (93 homens e 40 mulheres), com idade igual ou superior a 6 anos. O instrumento utilizado foi o *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (PWI-ID), que avalia o Bem-Estar Pessoal. As escalas mostraram uma boa consistência interna, com alfas de Cronbach de .908. A estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtida constitui-se como um bom indicador da adequação da amostra para a prossecução da análise (KMO=0.87; teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2=680.088$; $p=0.00$), permitem-nos concluir que os dados são adequados para a análise de fatores. Comprovamos que existe uma associação entre a idade e o bem-estar. De um modo geral, este estudo pretende contribuir para o aumento do conhecimento sobre o bem-estar em pessoas portadoras de deficiência mental tendo em conta a escassez de estudos nesta área. Esperamos, assim, contribuir para um melhor conhecimento baseado na evidência científica.

Palavras-chave: Deficiência Mental; Bem-estar; Estudo psicométrico.

ABSTRACT

The Intellectual Disability has been neglected over the years and began to gain more visibility in recent years. Thus, some studies have emerged in this population in order to better understand and improve their Wellbeing. A total of 135 persons with moderate intellectual disability (93 men, 40 women) and aged superior or equal to 6. The instrument was the *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (PWI-ID), that evaluates the Personal Wellbeing. The scales show a good internal consistency, with Cronbach's alphas de .908. The statistical Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) is obtained as a good indicator of the adequacy of the sample for further analysis (KMO = 0.87, Bartlett's test of sphericity, χ^2 . = 680 088, $p = 0:00$), let we conclude that the data is suitable for factor analysis. We proved that there is an association between age and well-being. In general, this study aimed to contribute to increased knowledge about wellbeing and intellectual disability taking into account the scarcity of studies in this area. We hope we can give an important contribution to the knowing based on scientific evidence.

Keywords: Intellectual Disability; psychometric study; Wellbeing.

ÍNDICE

Introdução	1
------------------	---

Enquadramento Teórica

Capítulo 1. DEFICIÊNCIA MENTAL	4
1.1. Da Definição à Conceptualização	5
1.1.1. Deficiência mental como défice intelectual	6
1.1.2. Deficiência mental como défice intelectual e défice no comportamento adaptativo	8
1.1.3. A deficiência mental como défice cognitivo	11
1.1.4. A Deficiência mental como défice socialmente estabelecido	13
2. Etiologia	15
3. Epidemiologia	17

Capítulo 2. O BEM-ESTAR EM PESSOAS PORTADORAS

DE DEFICIÊNCIA MENTAL	22
2.1. Evolução do estudo do Bem-estar	22
2.2. Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico	26

2.3. O Bem-Estar Subjetivo	26
2.4. Bem-Estar Psicológico	31

Capitulo 3. A AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR EM PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL (PWI-ID).....	34
---	-----------

ESTUDO EMPÍRICO

Capitulo 4. Metodologia	39
4.1. Método	39
4.2. Participantes.....	40
4.3. Instrumento	41
4.4. Procedimentos	42
4.4.1. Procedimentos Estatísticos	43
4.4.2. Procedimentos de Análise de Dados.....	44
Capitulo 5. Resultados	46
5.1. Propriedades psicométricas da escala	46
5.1.1. Validade	46
5.1.2. Fidelidade.....	49

5.2. Variáveis Sociodemográficas e a PWI-ID	50
5.2. 1. Género e PWI.....	50
5.2. 2. Idade e PWI-ID.....	51
5.2.3. Zona habitacional e PWI-ID.....	51
6. Discussão dos resultados e conclusões	
6.1. Discussão.....	52
6.2. Conclusão	56
7.Referências Bibliográficas	58
Anexos	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis de caracterização sociodemográfica.....	40
Tabela 2: Variáveis de caracterização sociodemográfica dos progenitores.....	41
Tabela 3: Análise fatorial doPWIID.....	47
Tabela 4: Regressão linear múltipla.....	48
Tabela 5: PWI-ID Correlações.....	49
Tabela 6: PWI-ID e Género.....	50

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, os filósofos consideraram a felicidade como um bem maior e a principal motivação para a ação humana. Porém, até recentemente, psicólogos deram pouca atenção para o estudo do bem-estar, preferindo investigar a infelicidade e o sofrimento humano. Atualmente, este constructo tem sido muito utilizado em diferentes áreas.

Segundo Pais Ribeiro (2008), o bem-estar subjetivo (BES) é uma categoria de fenómenos muito ampla que inclui as respostas emocionais dos indivíduos, a satisfação com domínios de vida e julgamentos globais de satisfação com a vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999, cit in Pais Ribeiro, 2008). Este pode ser definido como a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas e inclui aquilo que as pessoas comuns designam por felicidade, paz, realização e satisfação com a vida (Diener, Oishi, & Lucas, 2003, cit in Pais Ribeiro, 2008).

Nas últimas décadas, o bem-estar tem sido bastante estudado, tendo por base duas abordagens diferentes. Uma que diz respeito à forma como as pessoas avaliam a vida em termos de satisfação e equilíbrio entre os afetos positivos e negativos (Bem-estar subjetivo) e a outra abordagem centra-se nos desafios do desenvolvimento humano e existencial (Bem-Estar Psicológico) (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

São vários os estudos que apontam para as consequências positivas de elevados níveis de bem-estar e satisfação com a vida, principalmente ao nível de grandes áreas, como a saúde física e psicológica, longevidade, emprego, relações sociais e recursos pessoais e sociais (Diener & Ryan, 2009; Diener & Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, King, Diener, 2005), daí a pertinência de se estudar este constructo, relacionando-o com fatores que permitam promover o mesmo.

Neste trabalho iremos centrar-nos num estudo psicométrico do *Índice de Bem-Estar Pessoal para Pessoas Portadoras de Deficiência Mental* (PWI- ID) desenvolvido pela Cummins, e Lau (2005). Porque tivemos curiosidade em, analisar o índice de bem-estar nas pessoas portadoras de deficiência mental.

Contudo e atendendo que não constitui objetivo fulcral desta investigação a análise pormenorizada da evolução do conceito de deficiência mental, mas como o nosso estudo centra-se numa amostra da população assim designada, referiremos as etapas fundamentais de viragem na sua classificação e adaptação.

Em termos de organização, a presente dissertação está estruturada em duas partes, uma teórica e outra prática. A parte teórica é constituída por quatro capítulos elucidativos dos conceitos teóricos que sustentam o trabalho de investigação. No primeiro capítulo aborda-se a deficiência mental a sua significação, conceptualização, passando pela etiologia e epidemiologia. No segundo focalizamos a nossa atenção no Bem-estar em pessoas portadoras de deficiência mental; passamos para o terceiro capítulo onde abordamos o Índice de Bem-estar em pessoas portadoras de deficiência mental (PWI-ID).

A segunda parte inicia-se, com o capítulo quarto, o qual se reporta especificamente à investigação efetuada, incluindo a exposição sobre a metodologia adotada no estudo empírico, nas propriedades psicométricas do instrumento utilizado e nos resultados obtidos. No último capítulo, discutem-se as opções tomadas bem como os resultados obtidos e tecem-se alguns comentários oportunos associados às implicações que a presente investigação suscita.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. DEFICIÊNCIA MENTAL

Neste capítulo iremos abordar o tema de deficiência mental. De facto, ao longo dos tempos o conceito de deficiência mental nem sempre foi unânime na comunidade científica, levando a diferentes linhas de pensamento relativamente ao mesmo.

Bautista (1997) refere que a deficiência mental pode ser compreendida em quatro períodos distintos da nossa história: Separação; Proteção; Emancipação e a Integração.

A fase de Separação remete para os tempos mais primitivos em que os cidadãos que possuíssem deficiência mental eram abolidos ou aniquilados. Sucedendo a fase de proteção, onde existiu uma necessidade de proteger estes cidadãos, porém os seus direitos continuavam a não ser reconhecidos pela sociedade. Com o começo da revolução industrial e com o progresso de várias disciplinas científicas, as pessoas portadoras de deficiência mental vêm os seus direitos reconhecidos, tornando-se úteis e produtivos na sociedade, daí a escolha de fase de Emancipação. Seguindo-se a fase de Integração, esta é a que vigora nos dias de hoje, caracterizada por uma grande preocupação pelas necessidades individuais de cada cidadão portador de deficiência mental e pelo seu direito ao trabalho (Morato, 1995).

As definições de deficiência mental são normalmente formais, uma vez que é difícil definir de forma concreta a diversidade que a constitui. Por outro lado, a evolução histórica desta noção mostra que a sua definição sofreu influências devido às exigências sociais, culturais, políticas e administrativas, tal como, poderemos ver de seguida.

1.1. Da Definição à Conceptualização

O conceito de deficiência mental surgiu na idade média, nesta altura as pessoas portadoras de deficiência mental eram discriminadas, porque pensava-se que estariam possuídas pelo demónio. Já em pleno século XVIII, as pessoas portadores de deficiência mental eram vistas como loucas ou criminosas. Só no século XX, com os vários estudos sobre esta doença, originou-se um novo olhar sobre estes cidadãos.

Neste século, persiste um cuidado em elaborar critérios de definição claros e não ambíguos, mas não tem sido tarefa fácil. Isto porque, quando pretendemos delimitar o conceito, temos dificuldade em abranger numa só definição todo o espectro da variabilidade interindividual.

Tal como refere Garcia (1994, p.14) “o que geralmente se conhece com o nome de Deficiência Mental é um constructo complexo, no qual se integram sujeitos com níveis de inteligência muito diferentes, com etiologias extraordinariamente variadas e com sintomatologias tão distantes umas das outras.”

Enquanto para, Alonso e Bermejo (2001) relatam que as pessoas portadoras de deficiência mental sempre existiram na nossa sociedade. Porém o verdadeiro entendimento científico surgiu somente no século XX. A partir daí, ocorreu uma mudança na concepção na deficiência mental e nos comportamentos perante as pessoas com esta perturbação. De facto, passou-se de uma concepção médico-orgânica, psicológica para uma concepção multidimensional, ou seja, centralizou-se no funcionamento do indivíduo e no meio em que está inserido.

Segundo Baumeister (1987), Barros, Gordon, Ruiz, Martel, Hernás e Ortega (1999), Beirne-Smith, Ittenbach e Patton (2002), DSM-IV-TR (2002), Vasconcelos (2004), Lopez, Pineda e Botell (2005) e Dykens (2006), a deficiência mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI aproximadamente de 70 ou inferior)

com início antes dos 18 anos e défices ou concomitante insuficiência no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança. Estes três critérios são também tidos em conta pela Associação Americana de Deficiência Mental, considerando também a inadaptação social como um fator determinante de atraso mental (Baumeister, 1987).

Nas conceptualizações da deficiência mental encontramos essencialmente, quatro dominantes no século XX: deficiência mental como défice intelectual; deficiência mental como défice intelectual e défice no comportamento adaptativo; deficiência mental como défice cognitivo; e ainda deficiência mental como défice socialmente estabelecido.

1.1.1. Deficiência mental como défice intelectual.

A definição psicométrica da deficiência mental surgiu com a obrigatoriedade escolar, que a equacionou a um atraso do desenvolvimento intelectual, constatável e mensurável a partir da criação por Binet e Simon da Escala Métrica de Inteligência (Albuquerque, 2000)

Segundo Albuquerque (2000), o aparecimento das noções de idade mental e de quociente intelectual, a divulgação e o êxito da prática psicométrica geraram uma série de suposições e práticas que conduziram à assimilação da deficiência mental ao resultado obtido num teste de inteligência. Desta forma, a deficiência mental resumiu-se aos limiares de Q.I., envolvendo um valor absoluto e universal. Zazzo (1979) explicou, que são os critérios pedagógicos e sociais que conferem um significado aos limites da debilidade mental, e que estes se alteram consideravelmente ao longo do tempo em função das exigências sociais e educativas.

Para além desta equiparação, a inteligência e a deficiência mental foram situadas em quadros conceptuais muito restritivos e inadequados. Assim, na primeira metade deste século, o Q.I. foi entendido como uma estimativa de um potencial intelectual inato, um reflexo de uma inteligência geral, unidimensional e unideterminada, inalterável e não permeável às influências socioculturais e educativas (Haywood & Wachs, 1981, cit. in Albuquerque 2000).

A partir dos anos 60, surgem críticas na forma de aplicação dos testes de Q.I., aos erros de diagnóstico e classificação resultantes da aplicação isolada ou privilegiada dos testes de Q.I.. Este último desconheceria que: a inteligência não se circunscreve às capacidades verbais e académicas valorizadas pelos testes de inteligência (Weinberg, 1989), tal como o atesta a reduzida validade preditiva do Q.I. em situações extraescolares; os testes psicométricos de inteligência apresentam enviesamentos socioeconómicos e culturais, passíveis de explicarem a excessiva representação das crianças dos estratos sociais mais baixos e de minorias em classes especiais para deficientes mentais ligeiros (Dunn, 1968) as variáveis individuais (linguísticas, motivacionais, da personalidade, entre outras) e os fatores relativos à própria situação de avaliação influenciam no desempenho dos sujeitos; os erros ocasionais de medida dos testes; testes, dados nos seus limites, não são passíveis de se constituírem como os únicos procedimentos de avaliação, de tomada de decisões ou de diagnóstico.

Os factos assinalados estabeleceram que a deficiência mental não é redutível a uma dimensão intelectual, avaliada pelos testes de inteligência, e colocaram a necessidade de adoção de outros critérios de definição.

1.1.2. Deficiência mental como défice intelectual e défice no comportamento adaptativo.

Aqui verificamos a necessidade de incluir mais um critério na definição de deficiência mental.

De acordo com Barros e colaboradores (1999), o comportamento adaptativo e a inteligência são dois conceitos que se relacionam, mas que não devem ser confundidos.

O comportamento adaptativo tem como objetivo avaliar o deficiente mental no seu êxito em tarefas correspondentes ao seu nível etário e meio social, ou seja numa ótica de desenvolvimento (Albuquerque, 2000).

Segundo Albuquerque (2000), a inclusão deste critério teve como finalidade desviar a importância atribuída ao QI para os aspetos sociais na compreensão da deficiência mental, refletindo a sua relatividade sociocultural.

Se fizermos uma retrospectiva, de facto já em 1959, a Associação Americana de Deficiência Mental difunde, que a deficiência mental alude ao funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, o qual teve origem durante o período de desenvolvimento e está associado ao defeito no comportamento adaptativo. Consecutivamente em 1973, a definição de deficiência mental remete para o funcionamento intelectual geral abaixo da média que concorre com a existência de défices no comportamento adaptativo e manifesta-se durante o período de desenvolvimento (Telford & Sawrey, 1988 cit. in Souza & Boemer, 2003).

Enquanto, Zazzo (1976) considera a debilidade como a primeira zona de insuficiência face às exigências variáveis entre as sociedades e em idades diferentes. As causas determinantes são biológicas e os seus efeitos são irreversíveis no estado atual dos conhecimentos.

Por outro lado, as Nações Unidas (1983) consideram, pertinente fazer distinção entre deficiência, incapacidade e desvantagem. Assim deficiência é qualquer

perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; por incapacidade entendem qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência de aptidão) para exercer uma atividade do modo no contexto das situações consideradas normais para um ser humano; e como desvantagem será um prejuízo sofrido por um dado indivíduo resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em conta a idade, sexo e os fatores socioculturais.

Para Zigler, Balla e Hodapp (1984), considera que na base do assunto da classificação da deficiência intelectual está o problema do sistema de classificações que para os autores reside fundamentalmente na diversidade etiológica da deficiência intelectual, cujo critério de definição psicométrico não satisfaz. Apresentam dois grupos distintos para a origem da deficiência intelectual: os de causa orgânica conhecida e os de causa desconhecida, por isso se designam com frequência como atraso devido a fatores socioculturais, atraso familiar, etc. De acordo com os autores, este último grupo atinge cerca de 70 a 75% do total da população com deficiência intelectual. Estes autores propõem a etiologia como critério para a classificação de deficiência e o Q.I. como critério para a sua definição.

A inclusão deste critério pretendeu deslocar a importância atribuída ao Q.I. para os aspetos sociais na compreensão da deficiência mental, e reflete, de forma clara, a sua relatividade sociocultural.

Para Luckasson et al., 1992, (cit in Nielsen, 1999) a Associação Americana de Deficiência Mental, fez depender a definição de deficiência mental de três critérios: funcionamento intelectual avaliado em termos de QI, cujos valores se encontram abaixo da média entre 70 e 75, limitações significativas em duas áreas do comportamento adaptativo e verificação destas características desde a infância.

Para além, destes três critérios essenciais, especifica-se que o termo deficiência mental descreve o comportamento atual, e não implica um

prognóstico.

Uma outra contribuição para a definição de deficiência intelectual é a proposta do modelo de inteligência social de Greenspan (cit in Mathias & Nettelbeck, 1992), que nos remete para a existência de áreas de competências de certo modo independentes: a inteligência conceptual (QI); a inteligência prática de acordo com o Manual de Diagnósticos e Estatísticas das Perturbações Mentais (DSM-IV- TR, 2002), a deficiência mental está relacionada com o défice intelectual, onde o QI é a expressão numérica e uma incompetência social, de natureza individual e de origem constitucional, inalterável e incorrigível, podendo ser especificados quatro níveis de incapacidade: ligeiro, moderado, grave e profundo. A deficiência mental ligeira corresponde a um QI entre 50-55 e aproximadamente 70, enquanto a deficiência mental moderada corresponde a um QI entre 35-40 e 50-55. Por sua vez, a deficiência mental grave diz respeito a um QI entre 20-25 e 35-40, enquanto a deficiência mental profunda a um QI inferior a 20 ou 25.

Para a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), recomendada pela O.M.S. em 1994, evidencia algumas semelhanças com a DSM-IV devido ao intercâmbio que existe entre os seus organizadores. Desta forma a CID-10 admite a medição do Q.I. como definidora da deficiência e com base nesse índice aplica o seu sistema de classificação. A exemplo do DSM-IV adota a classificação proposta pela Associação Americana de Deficiência Mental vigente de 1959 a 1983, com pequenas alterações: deficiência mental leve, deficiência mental moderada, deficiência mental grave, deficiência mental profunda, outra deficiência mental, deficiência mental não especificada. Conscientes do cariz sumário da classificação os autores da CID-10 admitem a necessidade de um sistema mais amplo e específico para a deficiência mental.

De acordo com Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIFIS), a deficiência de um individuo pode traduzir-se em lacunas na funcionalidade (competências) e nas oportunidades para funcionar. Importa realçar que se entende a deficiência mental de acordo com os fatores

ambientais e pessoais, bem como na necessidade de apoios individualizados. A deficiência mental é abordada como sendo multidimensional.

Esta definição de comportamento adaptativo tem originado críticas relativas aos seus próprios fatores e às consequências da sua utilização. Taylor (1980, cit in. Albuquerque, 1990) considera que o QI continua como critério preponderante do diagnóstico e da classificação e que o comportamento adaptativo é muitas vezes ignorado pelos investigadores. A imprecisão e as dificuldades de avaliação justificam, em parte a valorização do QI e a consequente anulação do comportamento adaptativo.

1.1.3. A deficiência mental como défice cognitivo.

Uma das áreas mais largamente estudadas no domínio da deficiência mental, tem sido a do desenvolvimento e funcionamento cognitivos. Na verdade, as principais manifestações da deficiência mental situam-se na menor eficiência em situações de aprendizagem, na aquisição de aptidões e de resolução de problemas.

Para Paour 1992, (cit in Albuquerque, 2000) a deficiência mental caracteriza-se tanto por um desenvolvimento cognitivo mais lento como por uma diferença no modo como as estruturas cognitivas são aplicadas. Independentemente do seu nível de desenvolvimento, os deficientes mentais têm muitas dificuldades na mobilização das suas competências cognitivas, que justificam os défices na criação de estratégias, a sua inferioridade em situações de resolução de problemas e o aumento gradual com a idade da diferença comparativamente aos sujeitos normais da mesma idade mental.

Existem vários conceitos para explicar os aspetos cognitivos da deficiência mental, mas dois modelos teóricos opostos têm caracterizado a deficiência mental: o modelo desenvolvimentista, como um único atraso no

desenvolvimento, e o modelo déficéário ou da diferença, como a expressão de défices qualitativos específicos.

O modelo desenvolvimentista de Zigler e colaboradores (Zigler, 1967; Balla, 1979; Hodapp, 1986, cit in Albuquerque, 2000) afirma que os deficientes mentais ou sem etiologia orgânica ou representando a extremidade inferior da distribuição normal e poligénica da inteligência, e correspondendo, especialmente, à deficiência mental ligeira, desenvolvem a mesma ordem de estádios de desenvolvimento cognitivo que as pessoas não deficientes mentais. Estes dois grupos diferem apenas nos processos cognitivos, pois os deficientes mentais progridem a um ritmo mais lento e atingem um nível cognitivo final inferior ao dos não deficientes. Este princípio tem sido intitulado como a hipótese da sequência semelhante. O modelo desenvolvimentista também refere que os deficientes mentais, quando comparados aos normais no nível de desenvolvimento cognitivo, ostentam desempenhos semelhantes em provas cognitivas, dada a identidade das estruturas e processos empregues. Este princípio é designado como a hipótese da estrutura semelhante (Weisz & Yeates, 1981, cit in Albuquerque, 2000).

Várias pesquisas (Inhelder, 1963; Woodward, 1979; Weisz, 1990; Paour, 1992, cit in Albuquerque, 2000) confirmam a hipótese da sequência semelhante. O estudo da deficiência mental cooperou para o estabelecimento da invariância da génese das estruturas operatórias, ao verificar que esta não se diferencia da que foi relatada na criança normal. No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, a deficiência mental define-se, principalmente, por lentidão e fixação (Inhelder, 1963).

Estes resultados são um desafio à validade do modelo desenvolvimentista. Embora alguns investigadores (Haywood, 1984; Switzky, Zigler & Hodapp, 1986; Borkowski & Turner, 1988; Paour, 1991, cit in Albuquerque, 2000) defendam a importância da motivação e de outras características extra-cognitivas na explicação das realizações cognitivas e académicas dos deficientes mentais, não existem dados que apoiem uma justificação exclusivamente motivacional das diferenças observadas. Para além da

comunidade científica não ter aceitado, o facto do modelo desenvolvimentista excluir das suas considerações os deficientes mentais de etiologia orgânica. A conceptualização déficeária é mais apropriada, para este grupo de sujeitos, porém, enfrentam as oposições dos que consideram que a dicotomia etiológica das pessoas deficientes mentais é inapropriada, infidedigna e insignificante para a teoria psicológica (Ellis, 1969; Leland, 1969; Baumeister & MacLean, 1979; Baumeister, 1984, cit in Albuquerque, 2000).

Outro aspeto controverso é o facto dos deficientes mentais serem comparados com os normais da mesma idade, visto que esta é a variável descritiva que indica o nível de desenvolvimento cognitivo. Porém, alguns autores (Baumeister, 1967, 1984; Milgram, 1969; Sternberg & Spear, 1985, cit in Albuquerque, 2000) duvidam deste aspeto e lembram que a idade mental é um composto aritmético, um valor sumário representante de uma média num conjunto heterogéneo de itens. A analogia dos desempenhos ou a ausência de diferenças qualitativas e quantitativas nas estruturas e processos cognitivos não é envolvida pela equabilidade da idade mental.

Conforme o modelo deficitário ou da diferença, os deficientes mentais distinguem-se dos normais através dos défices cognitivos específicos que excedem as simples diferenças no ritmo e no nível final de desenvolvimento. Mesmo quando a idade mental é igual, os deficientes mentais mostram, comparativamente a sujeitos normais mais novos, uma clara inferioridade em qualquer fase do desenvolvimento. Ao longo do desenvolvimento esta inferioridade tende a evidenciar-se, tornando-se o fenómeno do “défice da idade mental” (Haywood, 1987, cit in Albuquerque, 2000).

1.1.4. A Deficiência mental como défice socialmente estabelecido

Como tivemos oportunidade de delimitar, a deficiência mental comporta uma dimensão social e, por isso, não pode ser entendida sem referência a variáveis

socioculturais. A investigação documenta variações transculturais no significado e definição da deficiência mental, reforçando a noção de que a identificação dos deficientes mentais se apoia em critérios socioculturais particulares Barnett, (1986).

Em 2002 a Associação Americana de Deficiência Mental depois American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), encara a existência de um modelo teórico que sustenta a relação entre o funcionamento individual, os apoios e as dimensões que abarcam uma abordagem da deficiência através de várias dimensões, tais como: *Dimensão I-* Funcionamento Intelectual e Habilidades Adaptativas; *Dimensão II-* Considerações Psicológicas e Emocionais; *Dimensão III* – Saúde e considerações físicas e a *Dimensão IV* – Considerações ambientais. Com a chegada da Classificação Internacional do Funcionamento este modelo é reestruturado, apresentando-se da seguinte forma:

- *Dimensão I: Habilidades Intelectuais (inteligência):* quando se fala em inteligência não se aborda no sentido de uma inteligência conceptual, mas sim numa capacidade que nos permite entender o mundo que nos rodeia. Assim, cada individuo tem o seu entendimento e é neste sentido que esta dimensão pretende captar a compreensão de cada um;
- *Dimensão II:* Comportamento adaptativo (habilidades conceituais, sociais e práticas que as pessoas apreenderem para viverem no quotidiano);
- *Dimensão III:* Participação, Interações e Papeis Sociais (envolvimento e execução de tarefas no quotidiano e interações): ocorrem em contextos da vida real no trabalho, na escola, entre outros;
- *Dimensão IV:* Saúde (bem-estar físico, mental e social): as condições de saúde influenciam diretamente nas outras dimensões;
- *Dimensão V:* Contexto (aspetos relacionados com a vivência diária de um individuo, nomeadamente família, vizinhança, comunidade, entre

outros): descreve as condições inter-relacionais no quotidiano de um indivíduo.

Este novo modelo centra-se na premissa da deficiência mental e no funcionamento do sujeito, permitindo refletir sobre a multidimensionalidade que engloba a deficiência mental. Assim o desempenho da pessoa ao nível do comportamento adaptativo passa a ser encarado como o elemento crucial para o sucesso funcional da pessoa com deficiência mental, por referência ao parâmetro da idade cronológica, mantendo-se, até hoje, intrinsecamente relacionado ao grau de necessidade do apoio a ser prestado.

2. Etiologia

A Associação Americana para Cidadãos com Deficiência Mental indica que mais de 100000 crianças recentemente nascidas têm probabilidades de apresentar deficiência mental. Segundo os cálculos estatísticos existentes, uma em cada dez famílias apresenta um caso de deficiência mental (Batshaw, 1991, cit.in Nielsen, 1999).

O Comité Presidencial para a Deficiência Mental aponta o facto de 75% da população que apresenta deficiência mental ser oriunda de zonas urbanas e rurais marcadas pela pobreza. (Nielsen, 1999, p.48). Os fatores responsáveis por esta deficiência podem resultar da malnutrição, da doença, da intoxicação produzida pelo chumbo e de cuidados médicos inadequados relativamente às áreas da saúde referidas. Um outro fator que pode ser determinativo diz à estimulação da criança, depois do nascimento. A criança necessita de diariamente, ser submetida a experiências enriquecedoras. Assim, a ausência desse tipo de vivências pode retardar o seu desenvolvimento mental. A deficiência mental, porém, pode ocorrer no seio de qualquer família, seja qual for o seu estatuto racial, educacional ou social (Nielsen, 1999, p.48).

Desta forma a deficiência mental deve-se a fatores genéticos, ambientais ou resultado de uma combinação de ambos. É importante entender que a pessoa é o resultado de uma interação entre uma base biológica e o ambiente em que vive, e desta conjugação surge a pessoa com características únicas e específicas.

É importante alertar que, muitas vezes, apesar da utilização de recursos sofisticados na realização do diagnóstico, não se chega a definir com clareza a causa de deficiência mental.

Segundo Pacheco e Valencia (1997) decompõem genericamente em dois grupos os fatores que podem originar a deficiência mental, fatores genéricos e fatores extrínsecos. Os primeiros atuam antes da gestação, sendo a origem da deficiência determinada pelos genes. Enquanto os fatores extrínsecos, acompanham à ordem temporal em que se manifestam no indivíduo, organizando-se em pré, peri e pós-natais. Tal como poderemos verificar de seguida: por fatores genéticos estes fatores atuam antes da gestação. A origem da deficiência está já determinada pelos genes ou herança genética. São fatores ou causas de tipo endógeno (atuam no interior do próprio ser). Existem dois tipos de causas genéticas conhecidas: *Genopatias*: alterações genéticas que produzem metabolopatias ou alterações de metabolismo; e as *Cromossopáticas*: são síndromes devidos a anomalias ou alterações nos cromossomas;

Quanto aos fatores extrínsecos: aqui temos dos *fatores Pré –natais*, (atuam antes do nascimento do ser). Onde podemos, constatar os seguintes problemas: Desnutrição materna; Má assistência à gestante; Doenças infecciosas; Intoxicações; Perturbações psíquicas; Infecções; Fetopatias (atuam a partir do 3º mês de gestação); Embriopatias (atuam durante os 3 primeiros meses de gestação); Genéticos.

Nos fatores Perinatais e neonatais (atuam durante o nascimento) neste caso, podemos constatar as seguintes problemáticas: Metabolopatias; infeções; Incompatibilidade RH entre mãe e filho; Má assistência e trauma de parto;

Hipóxia ou anóxia; Prematuridade e baixo peso; Icterícia grave do recém nascido (incompatibilidade RH/ABO).

E ainda nos fatores Pós- Natais (atuam após o parto) observamos os seguintes problemas: Desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global; Infecções; Convulsões; Anoxia (paragem cardíaca, asfixia...); Intoxicações exógenas (envenenamento); Acidentes; Infestações.

Para Barbosa (2008 p.8) esta perspetiva nos dias de hoje não faz sentido, pois “ na verdade os estudos apontam para uma origem multifatorial da deficiência mental, que é analisada essencialmente segundo duas perspetivas: natureza dos fatores e momento em que os fatores se organizam”. Ainda segundo o mesmo autor, a natureza dos fatores apresenta uma separação em três categorias: biomédicos (alterações genéticas, má nutrição, uso de drogas durante a gravidez...); sociais (qualidade da resposta e estimulação por parte dos adultos que rodeiam a criança) e educativos (disponibilidade e qualidade da intervenção educativa).

3. Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos da deficiência mental instruem que a sua prevalência varia em função da definição adotada, dos critérios de diagnóstico empregues, da representatividade da população estudada, e da influência de variáveis como a idade, o nível socioeconómico e cultural ou as condições educativas e de saúde.

Em 1973, Mercer aplicou uma escala de comportamento adaptativo, elaborada pela autora, a uma amostra de 7000 crianças e adultos, e avaliou um grupo da amostra com um teste de inteligência. Verificou, que a prevalência variava significativamente conforme, se empregava um ou os dois critérios de diagnóstico: com base apenas num Q.I. inferior a 70, a prevalência da

deficiência mental era de 2.14%, enquanto quando se complementava um Q.I. inferior a 70 com um resultado de comportamento adaptativo, a prevalência diminuía para 0.97%. Uma observação interessante deste estudo foi a de que a redução na prevalência de deficientes mentais quando se aplicavam os dois critérios se registava, principalmente, nos sujeitos oriundos de minorias étnicas ou dos estratos socioeconómicos mais baixos.

O índice de prevalência de 0.97% apontado por Mercer (1973) é, aliás, consistente com a estimativa de 1% avançada por Tarjan et al. (1973), a partir de uma definição bidimensional da deficiência mental.

As percentagens mais recentes têm sido, por vezes, interpretadas como evidência de que a prevalência da deficiência mental ligeira tem vindo a diminuir (Clarke & Clarke, 1987).

No relatório mundial de saúde, a Organização Mundial de Saúde (2002) estima que 10% da população dos países em vias de desenvolvimento possui algum tipo de deficiência, sendo que metade corresponde à deficiência mental. Segundo algumas estimativas é comum verificar-se uma maior prevalência da deficiência mental em países menos desenvolvidos, devido a uma maior incidência de lesões no recém-nascido e infeções cerebrais na primeira infância. Neste tipo de países verifica-se um défice na ação preventiva. Atualmente, a comunidade científica acredita que a taxa de prevalência de deficiência mental à escala global é de 1% a 3% (O.M.S., 2002).

No nosso país merece-nos um especial destaque, o estudo epidemiológico da deficiência mental realizado no concelho de Arruda dos Vinhos, que abrangeu as crianças nascidas entre 1964 e 1968 e residentes no referido concelho em 1975 (Bairrão et al., 1980; C.O.O.M.P., 1981). Este estudo teve o talento de considerar a deficiência mental não como um mero défice no funcionamento intelectual, mas antes em função da sua relação com critérios e condições polifatoriais de adaptação/inadaptação. Adotou consequentemente uma abordagem pluridisciplinar, infrequente em epidemiologia, em que várias equipas (psicologia, sociologia, psiquiatria e pediatria) delinearam e aplicaram

diferentes critérios de adaptação/inadaptação. As crianças que num primeiro rastreio psicológico coletivo foram consideradas inadequadas segundo um critério psicométrico, foram seguidamente observadas num exame psicológico individual. Com esta metodologia verificou-se, na população total observada, uma taxa de 4.6% de crianças deficientes mentais, e uma concordância significativa entre o diagnóstico de deficiência mental e os diferentes critérios de adaptação.

Para Barros e colaboradores (1999) e Vasconcelos (2004), a deficiência mental ligeira é mais comum que a deficiência mental moderada ou grave e também de acordo com Sprovieri e Assumpção (2005), os deficientes mentais ligeiros são o grupo mais amplo, com cerca de 2 a 3% das crianças em idade escolar. A sua adaptação social é muito influenciada por fatores económicos, históricos e sociais, também dependendo dos processos de treino e de adequação. Neste sentido, Lopez (2005) afirma que o diagnóstico precoce tem especial relevância e, por isso, diversas medidas de intervenção podem melhorar as capacidades cognitivas e adaptativas. Tal situação verifica-se nas pessoas com deficiência mental que vivem nos meios urbanos, as quais se identificam com mais facilidade que nos meios rurais, porque também têm também mais centros de apoio (Beirne-Smith *et al.*, 2002).

Na perspectiva de Harrison, et al., (2002), a deficiência mental afeta 2% da população mundial, sendo a prevalência maior em sujeitos do sexo masculino. Enquanto Moraes, Magna e Faria (2006) consideram que a deficiência mental afeta 2 % a 3% da população mundial, sendo que 1% em idade escolar.

Sadock e Sadock (2008), refém que a deficiência mental é difícil de ser calculada. Habitualmente não é reconhecida a sua condição até ao final da infância, mesmo quando estamos perante uma função intelectual limitada, contudo habilidades sociais e adaptativas não são exigidas, daí não ser elaborado um diagnóstico até então: Contudo, torna-se perceptível que a incidência é mais significativa em crianças em idade escolar, maioritariamente no sexo masculino.

De acordo com Barros e colaboradores (1999), DSM-IV-TR (2002), o grupo de deficiência mental ligeira (equivalente à categoria pedagógica de “educável”) abrange cerca de 85% destes indivíduos. As pessoas com deficiência mental ligeira desenvolvem tipicamente competências sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares (dos 0 aos 5 anos de idade), têm deficiências mínimas nas áreas sensoriomotoras e, muitas vezes, não se distinguem das crianças normais até idades posteriores. Durante os últimos anos da adolescência podem adquirir conhecimentos académicos ao nível do 9º ano de escolaridade (Barros *et al.*, 1999 & Lopez *et al.*, 2005).

Com apoios adequados os sujeitos com deficiência mental ligeira podem viver normalmente na comunidade, quer de modo independente quer em lares protegidos (Barros *et al.*, 1999; DSM-IV-TR, 2002).

Apesar de não existirem características particulares de personalidade unicamente associadas à deficiência mental, estimativas mostram que sujeitos portadores de deficiência mental têm uma maior prevalência para desenvolver outro tipo de perturbações mentais em comparação com a população em geral: As perturbações que estão normalmente associadas à deficiência mental são: Perturbação de Hiperatividade; Perturbação Global de Desenvolvimento; Perturbações Mentais Secundárias a um Estado Físico Geral, entre outras (APA, 2002).

Alguns dos fatores mais significativos para o desenvolvimento de uma acentuada comorbilidade da deficiência mental, derivam de influências ambientais: a pessoa portadora de deficiência mental é menos autónomo, é exageradamente sobreprotegido, tem baixa tolerância à frustração, baixa autoestima e desenvolve maior agressividade. O atraso mental constitui um perigo considerável no desenvolvimento da personalidade (Ruiloba, 2002).

Os jovens com ligeiro atraso mental demonstram dificuldades em receber críticas, em resolver conflitos, em seguir ordens e até em iniciar uma conversa (Epstein, 1989, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Margalit, 1993; Gresham & MacMillan, 1997, cit. in Albuquerque, 2005). Algumas áreas específicas do

problema incluem tendência para a rotura, falta de atenção, baixa auto-estima, hiperatividade, dificuldade de concentração e outros problemas relacionados com a atenção e dificuldade em resolver problemas cognitivos interpessoais. Indivíduos que têm necessidades de apoio mínimas apresentam muitas vezes dificuldade em manter relações interpessoais: dificuldade em desenvolver amizades próximas, o que justifica serem mais vezes rejeitados do que aceites pelos seus semelhantes (Polloway, 1986, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Gresham & MacMillan, 1997, cit. in Albuquerque, 2005). Esta frequência de rejeição está associada ao grau de comportamentos impróprios que demonstram. As limitações no comportamento adaptativo manifestam-se a vários níveis, tais como as aptidões académicas, a gestão do dinheiro, a independência pessoal, as competências profissionais ou a linguagem oral (Zetlin, 1988; Maughan, Collishaw & Pickles, 1999, cit. in Albuquerque, 2005).

Capítulo 2. O BEM-ESTAR EM PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL

2.1. Evolução do estudo do Bem-estar

Desde a antiga Grécia, que o conceito de Bem-estar, tem vindo a ser desenvolvido essencialmente por Aristóteles. Este filósofo distinguiu *hedonomia* (a vida preenchida com a procura do prazer) e *eudaimonia* (felicidade que surge das obras boas) (Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008). A perspectiva hedónica foi defendida e desenvolvida ao longo de séculos. Vários filósofos gregos defendiam, que o objetivo da vida é a máxima experiência de prazer, e que este é construído através dos próprios interesses (Ryan & Deci, 2001). Aristóteles era defensor, da perspectiva *eudaimonia*, por considerar a perspectiva hedónica muito limitada, fazendo dos humanos seres “escravos” dos seus desejos (Ryan & Deci, 2001).

Muita da literatura distingue ainda a abordagem hedónica e eudaimónica do bem-estar. A psicologia hedónica tem sido descrita por Kahneman et al. como o estudo do que torna as experiências e a vida agradável ou desagradável (Newton, 2007).

Huppert (cit in Newton, 2007), refere que ambas as dimensões do bem-estar são importantes. As abordagens hedónicas podem negligenciar o facto de os sentimentos positivos nem sempre levarem à realização e crescimento pessoal, podem ser transitórios e adquiridos de modo insustentável. O estado de bem-estar pode requerer a experiência de um estado emocional negativo prévio. Por outro lado, o estado de bem-estar não pode ser inteiramente atingido através da realização do potencial individual uma vez que estes comportamentos não levam necessariamente à felicidade e contentamento.

Desde a publicação do “Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology” (Kahneman, Diener, Schwarz, 1999), que o bem-estar subjetivo tem sido associado a uma perspectiva hedónica de bem-estar. Já o bem-estar psicológico surge com os trabalhos de Ryff (1989) associado a uma perspectiva eudaimónica como forma de modificar a perspectiva hedónica de bem-estar que prevalecia na época (Keyes, & Shmotkin, 2002). Estes dois conceitos, hedonismo e eudaimonismo são duas correntes filosóficas da natureza humana (Deci & Ryan, 2008) que orientam os modelos atuais de bem-estar. No entanto, pode-se considerar que o termo bem-estar está ligado à época do Iluminismo, no séc. XVIII, onde o Homem passa a estar no centro da própria humanidade como símbolo de vida. Só alguns séculos mais tarde o constructo começou a ser investigado aprofundadamente. A linha de investigação do bem-estar subjetivo remota a finais dos anos 50, nos EUA, ligada à psicologia social e inclui-se no denominado “Movimento dos Indicadores Sociais”. Com esta nova linha de investigação, percebe-se que o bem-estar não pode ser avaliado apenas por fatores externos ao indivíduo, como as condições socioeconómicas, condições de habitação ou nível de educação, passando-se a considerar importante a experiência subjetiva do sujeito relativamente ao seu próprio bem-estar (Campbell, 1976).

Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005), o termo Bem-estar, surgiu pela primeira vez em 1960 na tese de Wilson. Estes autores referenciam três marcos importantes que, na sua opinião, podem ser apontados como estado na sua génese: a herança do iluminismo, a segunda revolução da saúde e a emergência da Psicologia positiva, passamos a explicar melhor:

- *Iluminismo*

As raízes ideológicas do bem-estar podem ser encontradas no Iluminismo. Esta decore no século XVIII. Preconizava-se então que o propósito da existência da humanidade é a vida em si mesma, em vez do serviço a Deus ou ao Rei, pelo que o desenvolvimento pessoal e a felicidade tornaram-se valores centrais nesta época. Esta convicção viria a ser reforçada nos séculos seguintes, nomeadamente através dos princípios do utilitarismo (século XIX) e

o desenvolvimento dos estado-providências (século XX). É precisamente em meados do século passado, mais concretamente na década de 60, que surge o conceito de bem-estar e é também neste período que surge a sua primeira distinção conceptual: procura-se estabelecer a distinção entre bem-estar global e o bem-estar material. O termo bem-estar esteve inicialmente associado aos estudos da economia e tinha um outro significado, o de bem-estar económico ou material, sendo a sua avaliação feita pelo indivíduo através do rendimento auferido, bem como dos bens e serviços que o dinheiro podia comprar.

Na década de 60, o conceito transcendeu a dimensão do bem-estar económico e assumiu uma dimensão global, referindo-se ao bem-estar na vida como um todo, valorizando uma panóplia considerável de dimensões que não apenas a económica.

- Segunda revolução da saúde

Século XX (década de 70). Neste período, e sob influência do modelo bio psicossociológico da saúde que preconiza as multicausalidades de fatores associados à doença, o conceito de bem-estar emerge com múltiplas significações, em parte devidas ao acentuado enfoque na saúde. Por um lado, a avaliação subjetiva que um indivíduo faz da sua vida em geral, por outro, os aspetos relacionados com a sua saúde.

Neste período ocorre a segunda distinção conceptual em que o bem-estar é visto segundo duas perspetivas: o bem-estar subjetivo (associado a aspetos positivos da vida e aos afetos vivenciados) e o bem-estar psicológico (proposto por Ryff nos anos 80).

- Emergência da Psicologia Positiva

De seguida temos, a década de 90, com o nascimento da Psicologia positiva. Consequência do período anterior e da preocupação então vigente, em que se procurava promover a dimensão positiva da saúde, nesta década ocorreu um *boom* de investigação centrada em temáticas tais como a felicidade, o otimismo, as emoções positivas e os traços de personalidade mais saudáveis.

O conceito central que norteou todos estes estudos foi o do bem-estar subjetivo que, assim, parece ter mobilizado toda a comunidade científica em detrimento do conceito de bem-estar psicológico.

O bem-estar é uma área de estudo extremamente ampla, cuja investigação realizada reflete diferentes conceptualizações teóricas e operacionalizações do conceito (Novo, 2003 & Monteiro, *et al*, 2012). Apesar destas diferenças, é consensual que a origem do conceito reside na discussão filosófica e científica entre Hedonismo e a eudaimonia como objetivos de vida, discussão esta que conduziu respetivamente a duas correntes de pensamento que orientam os modelos atuais de bem-estar (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Lent, 2004; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Keyes, 1995; Waterman, 1993, cit in. Monteiro, Tavares e Pereira, 2012) – o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico.

O Bem-estar divide-se em duas dimensões a cognitiva e a emocional. Na dimensão cognitiva, é avaliado o que o sujeito faz em cada momento da satisfação com a vida. Na emocional é estimado o afeto que o indivíduo manifesta em cada momento, a preponderância em duração e intensidade das emoções positivas sobre as emoções negativas. Sendo um campo de estudo, abrange outros conceitos e domínios de estudo como a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e Afeto negativo.

O conceito de bem-estar ao longo dos anos foi sofrendo alguma evolução. Na década de 80, dá-se uma distinção conceptual do conceito de bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. A divergência dos vários autores levou a que se subdividissem duas perspetivas de bem-estar.

Bem-estar subjetivo definiu-se assim como um campo de estudo que integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida e o bem-estar psicológico constitui um campo de estudo que integra as dimensões do funcionamento psicológico de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito de vida e desenvolvimento pessoal.

Bem-estar é um conceito mais lato e abrangente, considerando a pessoa na sua globalidade, incluindo a saúde física e mental, o bem-estar físico e psicológico, manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade. Para Ryff (1989), o bem-estar deve ser entendido como funcionamento positivo global do indivíduo.

Seguidamente iremos abordar mais especificamente o conceito de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico.

2.2. Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico

Segundo a generalidade dos autores (Blanco & Díaz, 2005; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Novo, 2003; entre outros), o bem-estar pode ser conceptualizado de duas formas distintas: a hedónica e a eudaimónica. A primeira refere-se ao constructo como um agregado de diferentes conceitos e que se designa por bem-estar subjetivo (ou bem-estar hedónico), associado ao conceito de felicidade. A segunda, denominada de bem-estar psicológico (ou bem-estar eudaimónico), parte das dimensões básicas do funcionamento positivo, associadas ao estudo do desenvolvimento do potencial humano e de crescimento pessoal, dimensões básicas essas que advêm de modelos existentes na área da psicologia do desenvolvimento, da saúde mental e da psicologia clínica.

2.3. O Bem-Estar Subjetivo

O Bem-estar subjetivo constitui um campo de estudo recente na área da psicologia positiva, que tem crescido manifestamente nos últimos tempos, incluindo a dimensão cognitiva e a afetiva. Esta área arrecada estudos de

diversas designações, tais como: felicidade satisfação, estado de espírito e afeto positivo, para além de ser considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida. Ou seja, refere-se ao que as pessoas pensam e como elas se sentem sobre as suas vidas.

A Perspectiva atual define o bem-estar subjetivo como uma ampla categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida.

Embora vários autores recorram a diferentes terminologias e delimitações teórico-conceituais (bem estar, felicidade, afetos, emoções, satisfação com a vida...), podemos, facilmente remeter a sua génese de investigação para o período da Grécia Antiga, onde filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles, procuravam definir os elementos essenciais à experiência humana positiva enquadrados na promoção do prazer e da felicidade.

Diener (1984), usa o termo bem-estar subjetivo, como a experiência total da pessoa, refletindo a felicidade, a satisfação, a qualidade e uma avaliação positiva da vida.

Enquanto para Galinha e Ribeiro (2005) o conceito de bem-estar subjetivo é composto por uma dimensão cognitiva em que existe um juízo avaliativo, traduzindo-se em satisfação com a vida e uma dimensão emocional, positiva ou negativa a que corresponde a felicidade, quando as experiências vividas fora avaliadas mais por emoções de prazer do que de sofrimento. O afeto positivo pode ser concebido como um sentimento hedónico puro, vivido num determinado momento. O afeto negativo consiste na experiência de emoções como a ansiedade, a depressão, a agitação, o aborrecimento, o pessimismo e outros sintomas psicológicos desagradáveis.

De acordo com Novo (2003), o conceito de bem-estar subjetivo é atualmente definido como um domínio que se refere ao bem-estar global do indivíduo, avaliando a partir da satisfação com a vida e da felicidade. Sobre a felicidade é comum combinar a frequência e a intensidade das emoções agradáveis.

Mas para Albuquerque e Lima (2007) conceito de Bem-estar subjetivo é uma entidade multidimensional que integra uma componente cognitiva, relativa aos juízos sobre a satisfação com a vida, e uma componente afetiva que remete para as reações emocionais, sejam elas positivas ou negativas, de acordo com juízos estabelecidos pelos próprios, dado que as pessoas reagem diferentemente perante conjunturas semelhantes, de acordo com as suas expectativas, valores e experiências de vida.

O bem-estar subjetivo é um constructo que assenta na identificação das características ligadas à qualidade de vida, à satisfação e, por isso, ao conceito de felicidade. O bem-estar subjetivo possui, assim, dois componentes básicos relacionados entre si, mas que se diferenciam pela especificidade dos processos psicológicos que envolvem, a saber, as *reações afetivas* (afetos positivos e negativos) e a *avaliação cognitiva* (avaliação que se tem sobre a própria vida – satisfação com a vida). Outros autores (Diener & Emmons, 1984; Diener & Fujita, 1995) acentuam a existência de *três componentes*, defendendo que as reações afetivas se organizam a partir de duas dimensões distintas (afetos positivos e afetos negativos) e não de apenas uma única dimensão bipolar.

Para Diener (1984), o bem-estar subjetivo apresenta três características fundamentais que permitem distingui-lo dos outros conceitos:

- *subjetividade* (que é um conceito resultante da experiência interna de cada indivíduo;
- *medidas positivas* (consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos);
- o facto de ser *uma avaliação global* (dos diversos aspetos da vida de uma pessoa e não uma medida limitada a um aspeto da vida).

Longe de ser um conceito que tem pautado pela consensualidade, o bem-estar subjetivo tem sido explicado por diversas abordagens. Novo (2003), nota que,

nos estudos sobre o bem-estar subjetivo, podem ser encontradas três abordagens diferentes adequadas com as três características fundamentais referidas por Diener:

- a primeira conceptualiza o bem-estar subjetivo como uma experiência cognitiva (grau de satisfação/insatisfação) e interpreta-a como dependente da percepção que as pessoas têm das suas condições de vida;
- a segunda centra-se na qualidade das experiências afetivas, a qual vem dar origem ao conceito de equilíbrio afetivo. Ainda de acordo com Novo (2003), os estudos efetuados no âmbito desta abordagem vieram dar origem à identificação de duas dimensões, de afetos positivos e de afetos negativos;
- a terceira abordagem consiste no estudo descritivo dos aspetos relativos à qualidade de vida, interpretados num contexto de saúde mental.

Todas estas abordagens parecem complementar-se, conduzindo Diener e Fujita (1995) e Lucas et. al. (1996) a definir o bem-estar subjetivo não como uma entidade monolítica, mas antes como entidade multidimensional que integra diferentes componentes que exibem padrões únicos de relação, com diferentes variáveis internas e externas.

Dependendo dos objetivos da investigação, a avaliação do bem-estar pode ocorrer a um nível mais global ou a níveis mais específicos. Exemplo são as medidas de emoções e humor, que refletem as reações dos indivíduos aos eventos que lhes ocorrem, e medidas de satisfação, por exemplo, que permitem aceder aos julgamentos do indivíduo acerca da sua vida global e ao nível de domínios específicos (Galinha, 2008). O estudo de aspetos globais do conceito de bem-estar subjetivo resulta de uma tendência de os indivíduos para manifestarem níveis semelhantes no decorrer do tempo nos vários aspetos de vida.

Existem várias teorias relacionadas com o bem-estar, sendo que todas elas têm contribuído de forma decisiva para a compreensão deste constructo. A natureza deste constructo é constituída por múltiplos níveis, sendo que este é determinado por fatores biológicos, cognitivos, de personalidade e sociais.

Relativamente ao bem-estar subjetivo existem alguns modelos explicativos, nomeadamente a teoria de *Top-Down* vs teoria de *Bottom-Up*. Vários autores são consensuais face a estes dois modelos explicativos do bem estar subjetivo. O modelo *Top-Down* vem referir que a propensão interna para experienciar o mundo de determinada forma irá afetar a forma como o indivíduo interage e percebe o mundo. Desta forma se uma pessoa tiver uma perspectiva positiva, mais facilmente poderá experienciar ou interpretar um determinado evento como positivo, do que uma pessoa com uma perspectiva mais negativa, concluindo-se assim que a atitude positiva perante objetivos e eventos seja um fator causal do bem-estar (Diener & Ryan, 2009).

Neste modelo, são englobadas as dimensões globais da personalidade que vão influenciar a forma como as pessoas vão reagir aos problemas. Por outro lado, existe o modelo de *Bottom-Up* que refere que a vivência de momentos positivos e negativos irá influenciar a percepção do bem-estar subjetivo. Nesta perspectiva, um momento positivo irá fazer com que a pessoa experiencie um maior bem-estar (Diener & Ryan, 2009). De forma resumida, pode-se concluir que na perspectiva *Top-Down*, o bem-estar subjetivo é uma causa, enquanto na perspectiva *Bottom-Up* é um efeito (Galinha, 2008). Apesar de durante muito tempo, estas teorias se apresentarem de forma separada, o desafio atual é integrar ambas num modelo que explique a dinâmica do bem-estar.

Segundo Novo (2003), o bem-estar tem sido observado em duas áreas importantes, uma no âmbito do desenvolvimento do adulto e outra mais ligada aos aspetos psicossociais, à qualidade e à satisfação com as circunstâncias da vida. A mesma autora considera duas formas de conceptualização de bem-estar, uma dos anos 60 que concebe este constructo como um agregado de conceitos diversos, de felicidade, de satisfação e de experiências subjetivas e designa-o de bem-estar subjetivo, a outra forma é proposta nos anos 80, com a

designação por bem estar psicológico com o objetivo de caracterizar este domínio a partir das dimensões básicas do funcionamento positivo que emergem de diferentes modelos teóricos da psicologia do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental.

2.4. Bem-Estar Psicológico

A abordagem do bem-estar psicológico adota a visão eudaimónica da felicidade, que se refere não só à felicidade hedónica, mas também à realização do potencial pessoal, das metas fundamentais de vida, descrevendo o funcionamento positivo global do indivíduo.

O bem-estar psicológico tem como principal objetivo a operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico positivo. Assim, é um conceito que nasce de um contexto teórico de orientação humanista, em torno da psicologia clínica e, por isso, mais associado à saúde mental.

Ryff e Keyes (1995) concebem o bem-estar psicológico tanto teoricamente como operacionalmente, como um conceito multidimensional organizado de acordo com *seis elementos*:

- autonomia - entendida como autodeterminação, independência e controlo interno do comportamento e das ações tomadas. Está relacionada com a capacidade de resistência às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira;
- autoaceitação - é uma característica central da saúde mental e implica, por parte do sujeito, uma atitude positiva em relação a si próprio e à sua vida passada, em reconhecer e aceitar diversos aspetos de si mesmo (sejam eles psicológicos ou físicos), incluindo características positivas e negativas;

- desenvolvimento pessoal - desenvolvimento constante e contínuo do potencial de cada indivíduo. Este aspeto está relacionado com a abertura a novas experiências, novos conhecimentos e novos objetivos evitando a estagnação e promovendo a autorrealização;
- propósito de vida - compreensão do propósito e do significado que os indivíduos atribuem às suas vidas. Está intencionalmente direcionado para a concretização dos objetivos que cada sujeito se propõe alcançar;
- relacionamento positivo com os outros - refere-se à capacidade de se relacionar e de estabelecer laços sustentáveis com as pessoas, assim como a partilha de emoções e sentimentos, o estabelecimento de empatia, de afeição, de respeito e de amizade. Tem igualmente implícito a preocupação com a felicidade do outro;
- domínio do ambiente - habilidades e competências tendo em vista o domínio sobre o ambiente. Destacam-se, neste contexto, competências relacionadas com: a manipulação e o controlo de ambientes complexos; a identificação e o aproveitamento das oportunidades; a fruição de habilidades mentais e físicas para saber escolher, criar ou modificar de forma pró-ativa contextos apropriados às suas necessidades e aos seus valores.

Este modelo, o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta.

Carol Ryff (1989) afirma que há uma falta de definições operacionais e de estruturas teóricas em torno do bem-estar, pelo que o bem-estar psicológico deve ser identificado a partir da presença de recursos psicológicos efetivos e, de um funcionamento que se inscreve no âmbito da saúde mental parecendo criar um modelo explicativo deste constructo. Segundo Novo (2003), nesse

modelo, o conceito base e os critérios da sua operacionalização são formulados e definidos a partir da exploração teórica e empírica orientada em torno das seguintes preocupações fundamentais:

- Abranger as características mais relevantes e comuns aos principais modelos teóricos de personalidade, da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica;
- Integrar as dimensões operacionalizáveis e relevantes no plano empírico;
- Mostrem-se caracterizadoras das diferenças interindividuais e, com um sentido atual e significativo face aos valores, crenças e ideias dos adultos a quem se aplicam e;
- Integrar o bem-estar no âmbito da saúde mental, sendo esta entendida nas suas relações mais amplas com a saúde em geral.

Em geral, considera-se que as pessoas com bem-estar psicológico valorizam-se a si próprias, são mais autoconfiantes e sentem-se mais capazes para ajustar e controlar a realidade em que estão inseridas.

Capítulo 3. A AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR EM PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL (PWI-ID)

Tal como vimos anteriormente, o conceito de Bem-estar é referido “como um estado em que o indivíduo se sente feliz, saudável ou afortunado, ou em que, pelo menos, tem a crença de que é feliz” (Horley, 1984 cit in Pais Ribeiro, 2005, p.101) e define também o conceito de satisfação, “como gratificação, numa proporção apropriada, dos maiores desejos da vida” (Pais Ribeiro, 2005, p.101).

Também Cummins et al (2001), salienta a importância do Bem-estar subjetivo, focando o interesse que as pessoas sentem sobre a sua vida, tanto como sentem quanto às condições sociais em que vivem, enfatizando o facto de que as percepções podem muitas vezes ser mais importantes do que as realidades e a forma como as pessoas se relacionam entre si, pode ser mais importante do que o que elas possuem.

Seguindo a máxima, de que toda a teoria científica tem que ser medida, para tal o instrumento aparece como forma de validar essa teoria, desta forma passaremos a apresentar o instrumento que irá corroborar a nossa teoria.

O índice Universal de Bem – estar subjetivo surge pela necessidade de cada país poder medir o seu índice nacional de Bem-estar, tal como o fez a Austrália (Cummins et al., 2001; Diener, 2000); Internacional Wellbeing Group, 2006). Porém para que possa ser avaliado, há que ter em conta que existem vários fatores demográficos que influenciam o Bem-estar subjetivo, como por exemplo a cultura e o país (Diener, 2000). Segundo o autor cada indivíduo é capaz de fazer um julgamento geral sobre a sua vida no global, abrangendo determinados domínios como o trabalho, o casamento, a segurança, exemplos de componentes específicos do Bem-estar subjetivo.

No entanto, o humor, as emoções, as expectativas de vida, as experiências e os afetos positivos e negativos mudam com o tempo, a avaliação da satisfação com a vida através do Bem-estar subjetivo torna-se não só um constructo multidimensional, mas também dinâmico (Shin & Johnson, cit in Albuquerque & Tróccoli, 2004). Todos estes conceitos têm sido estudados em vários contextos, de forma a puderem ser avaliados, permitindo assim resultados úteis à sociedade em geral.

Todo isto proporcionou a existência de várias versões do Índice de Bem-estar (PWI), para grupos específicos da população, ou seja, existe uma versão para a população geral adulta (PWI-A); para crianças e adolescentes em idade escolar (PWI-SC); para crianças em idade pré-escolar (PWI-PS) e a versão para as pessoas portadoras de deficiência mental (PWI-ID), na qual recai o nosso estudo. Esta escala difere da versão para a população geral adulta (PWI-A) porque agrega um protocolo de pré-teste para determinar se os entrevistados são capazes de usar a escala de satisfação (escala tipo Likert, 0-10). Assim sendo, para aqueles que não são capazes de utilizar a escala de tipo Likert, mas que estão aptos para responder ao questionário, utiliza-se uma escala de caras que vai desde muito triste ao muito feliz, para reforçar a compreensão. As perguntas sobre a “*satisfação*” na versão para população geral adulta (PWI-A) são substituídas pelo termo “*felicidade*” na versão para pessoas portadoras de Deficiência Mental ou com debilidade cognitiva (PWI-ID). Embora se reconheça que estes dois termos não sejam equivalentes, originam dados semelhantes. Na versão para pessoas portadoras de deficiência mental (PWI-ID) as formulações são mais simples e concretas, existindo uma questão adicional sobre o nível de satisfação com a vida vista como um todo também é incluída nesta versão (Cummins & Lau, 2005).

Tal como referimos anteriormente, a nossa escolha recaiu sobre o Índice de Bem-Estar Pessoal para pessoas portadoras de Deficiência Mental ou com debilidade cognitiva (PWI-ID). Trata-se de uma escala constituída por sete itens, relacionados à satisfação com a vida em diferentes domínios: qualidade de vida, saúde, realização, relações pessoais, segurança pessoal, conexão

com a comunidade e a sua própria felicidade. Foi desenvolvido no âmbito do International Wellbeing Group para medir o Bem-estar Subjetivo, através da satisfação com domínios específicos de vida. O Índice de Bem-Estar Pessoal (PWI de The Personal Wellbeing Index no original) foi desenvolvido a partir da Comprehensive Quality of Life Scale (Cummins, McCabe, Romeo, & Gullone, 1994, cit in Pais Ribeiro, 2008). Esta incluía medidas objetivas e subjetivas de qualidade de vida. Os domínios de qualidade de vida foram inicialmente identificados através da revisão dos principais domínios utilizados na literatura. Foi definido como critério que os domínios devem constituir o primeiro nível de desconstrução da “satisfação com a vida em geral”. A escolha dos domínios reteve ainda dois critérios: cada domínio deverá descrever um amplo aspeto da vida passível de ser avaliado objetiva e subjetivamente e cada domínio deverá constituir uma variável indicador em oposição a uma variável causal segundo a distinção de Fayers, Hand, Bjordal, e Groenvold, (1997, cit in Pais Ribeiro 2008).

Para Cummins, (1998, cit in Pais Ribeiro 2008), o Bem-estar Psicológico introduz-se no modelo homeostático que os autores descrevem como um sistema que funciona para garantir que a sensação de bem-estar se mantém dentro de determinadas fronteiras para cada indivíduo. Uma ação bem-sucedida deste sistema cria uma sensação de bem-estar que é decisiva para o normal funcionamento das pessoas. Este sistema é mantido por um conjunto de instrumentos psicológicos cujo objetivo é manter uma sensação de bem-estar porém, não específica e abstrata (Cummins & Nistico, 2002; Cummins, Gullone & Lau, 2002, cit in Pais Ribeiro 2008). A teoria homeostática defende que cada pessoa possui um ponto de estabilidade próprio, e a sua perceção de bem-estar cai dentro de um valor normal para si (Cummins, 2003, cit in Pais Ribeiro, 2008). Devido à ação da homeostasia há um nível relativamente consistente da média do bem-estar subjetivo, nas populações. Para a população ocidental, cai entre 70 e 80 % SM ('percentage of scale maximum', %SM) de uma escala entre 0-100%SM. Cummins,(1998, cit in Pais Ribeiro, 2008) reporta que apesar da diversidade de estilos de vida, a satisfação com a vida em 44 países com grandes diferenças culturais e de padrões de vida

mostram um escore médio varia entre 60 e 80%SM. O valor para a população portuguesa é de 68,92, abaixo dos valores considerados para os países ocidentais, mas dentro dos valores usuais em estudos semelhantes com a população portuguesa.

Tal como confirma o relatório final da *Qualidade de Vida em uma Europa em Mudança*, (Lippe et al., 2009, cit in Dias & Bastos in press), onde coloca Portugal no fim da lista de satisfação com a vida e Bem-estar. Desta forma tivemos, curiosidade em analisar como seria no caso das pessoas portadoras de deficiência mental. Para tal, utilizamos propriedades psicométricas utilizando uma amostra de pessoas portadoras de deficiência mental, para atestarmos e corroborar a sua aplicabilidade no contexto Português. Como veremos de seguida.

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4. METODOLOGIA

4.1. Método

Os aspetos teóricos apresentados na revisão bibliográfica colocam em evidência a existência de vários fatores determinantes para o Bem-estar.

Contudo, poucos são os instrumentos que nos permitem avaliar o bem-estar, pelo que neste trabalho consideramos como principais objetivos traduzir para português, adaptar e estudar as características psicométricas do *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability*; estudar o bem-estar das pessoas portadoras de deficiência mental em função do género, idade e da zona onde habita. Desta forma estabelecemos como objetivos específicos:

- Saber em que medida as pessoas portadoras de deficiência mental, estão satisfeitos com a sua vida como um todo;
- Aferir diferenças do Bem-estar das pessoas portadores de deficiência mental em função das variáveis exploradas.

Tendo em conta a revisão da literatura esperamos encontrar os seguintes resultados:

H1: A adaptação portuguesa do PWI-ID apresenta boa validade e fidelidade.

H2: Os rapazes portadores de deficiência mental apresentam um nível de bem estar com a vida superior ao das raparigas portadoras de deficiência mental.

H3: As crianças/jovens mais velhas apresentam um nível de bem-estar com a vida superior as crianças/jovens mais novas.

H4: As crianças/jovens que moram em meio urbano apresentam níveis de bem estar com a vida superior as crianças/jovens que moram em meio rural

4.2. Participantes

Participaram neste estudo 135 sujeitos, em que 93 são do género masculino, o que corresponde a 69.9% da amostra, e 40 do género feminino (30.1% da amostra). Quanto à idade dos sujeitos esta encontra-se entre 6 e os 37 anos ($M=16.84$; $DP=6.56$), sendo mais representativo nos alunos com 14 anos, onde temos 16 indivíduos (11.9%), seguido de 13 indivíduos com 13 e 16 anos (9.7%). Em termos de escolaridade dos sujeitos inquiridos, a média situou-se no 3º ciclo (42.5%). Seguindo do 2º ciclo com 45 dos inquiridos o que corresponde a 35.4% da amostra ($M=2.45$; $DP=.946$).

Tal como podemos verificar na tabela seguinte:

Variáveis		N	%	Média	DP
Género	Masculino	93	69.9		
	Feminino	40	30.1		
Escolaridade dos Sujeitos inquiridos	Jardim de Infância	2	1.6		
	1º ciclo	17	13.3		
	2º ciclo	44	34.4	2.45	.946
	3º ciclo	54	42.2		
	Ensino secundário	9	7.0		
Idade dos sujeitos	14 anos	16	11.9	16.84	6.56
	13 anos	13	9.7		
	16 anos	13	9.7		

Tabela 1- Variáveis de caracterização sociodemográfica

No que respeita aos dados sociodemográficos dos progenitores consideramos pertinente saber o estado civil dos pais assim, 110 são casados (87.3%), 9 são viúvos (7.1%) e 5 referiram estarem divorciados (4.0%). Examinamos a escolaridade dos progenitores dos nossos inquiridos, e constatamos que 51 das progenitoras (38.9%) possuem o 2º ciclo, seguido de 49 das progenitoras (37.4%) têm o 1º ciclo, só 25 das progenitoras (19.1%) usufruem do 3º ciclo. Quanto aos progenitores, verificamos que 60 (47.6%) dos pais têm o 2º ciclo, seguido de 50 (39.7%) dos procriadores possuírem o 1º ciclo. Relativamente ao local onde habitam os sujeitos, 89 (66.9%) dos inquiridos são provenientes do meio rural, seguindo-se do meio semiurbano com 32 dos inquiridos (24.1%) e apenas 12 (9%) dos auscultados vivem em meio urbano. Tal como podemos observar na tabela:

Variáveis		N	%
Estado civil dos progenitores	Casados	110	87.3
	Divorciados	5	4.0
	Viúvos	9	7.1
Escolaridade dos Progenitores	Mãe 5º ano	51	38.9
	6º ano	49	37.4
	Pai 5º ano	60	47.6
	6º ano	50	39.7
Local onde habitam	Meio rural	89	66.9
	Meio semiurbano	32	24.1
	Meio Urbano	12	9

Tabela 2 - Variáveis de caracterização sociodemográfica dos progenitores

4.3. Instrumento

Para o nosso estudo utilizamos um pequeno questionário sociodemográfico, para recolher informação sobre a nossa amostra. Com este foram recolhidos dados sobre o género, idade, escolaridade, número de retenções, escolaridade dos progenitores, o meio onde habitam e o estado civil dos progenitores.

Utilizamos também o *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (PWI-ID; Cummins & Lau, 2005). A PWI - ID é uma escala que decorre da versão

original desenvolvida por Cummins, Eckersley, Pallant, Vugt Van & Misajon 2003, (cit in Dias & Bastos in press). Com sete itens relacionados à satisfação com a vida em diferentes domínios: saúde, qualidade de vida, realização, sentindo-se seguro, pertencente a um grupo de pessoas, segurança para o futuro, e as relações interpessoais. Mais recentemente um novo domínio de crenças espiritualidade / religiosa foi inserido (Grupo Bem-estar International, 2006, cit in Dias & Bastos in press). Embora existam várias versões do instrumento e são numerosas as traduções desta escala (Cummins & Lau, 2005 cit in Dias & Bastos in press). Em Portugal, existe tradução e adaptação da versão PWI-A (Ribeiro & Cummins, 2008, cit in Dias & Bastos in press); PWI-ID versão (Pinto & Nobre, 2011 e PWI-SC versão para crianças em idade escolar e adolescentes (Dias & Bastos, in press).

Embora já exista uma versão Pinto e Nobre (2011), foi possível verificar uma ligeira diferença entre esta versão e o manual PWI-ID, provavelmente pelo facto de apenas terem estudado pessoas portadoras de deficiência mental moderada e sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, percebem-se algumas congruências no inventário, talvez porque o foco do trabalho seria a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental.

Relativamente à cotação os resultados são transformados numa escala de 0-100%. O ponto de corte é 75% ($DP=2.5$), dentro do intervalo [70-80], relativamente à medida subjetiva do PWI-ID, sendo estes os valores normativos nas populações Ocidentais (Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt & Misajon, 2003; Cummins & Lau, 2005).

4.4. Procedimentos

Iniciamos o nosso estudo, com a tradução do manual e respetivo instrumento PWI –ID para a língua Portuguesa, sempre de acordo com as recomendações do grupo Internacional Bem-estar, disponível no centro de Qualidade de Vida

da Austrália. Para tal contamos com a colaboração de uma docente da língua inglesa.

De seguida realizamos o pedido de autorização em várias instituições da região norte do país bem como em escolas públicas, para a administração do instrumento. Na recolha da amostra tivemos em consideração um requisito básico, os participantes teriam que ser portadores de deficiência mental.

Após a formalização dos pedidos de autorização às instituições, foram enviadas cartas para os encarregados de educação para realizarmos o consentimento informado, comunicando as condições de participação, os limites de confidencialidade e os procedimentos para que os encarregados de educação fossem advertidos e pudessem decidir de forma livre a participação do seu educando no estudo.

Foram realizadas entrevistas individuais, nas instituições, com um tempo médio de 20 minutos. Antes procedemos as instruções verbais sobre o estudo e sobre os objetivos, sendo garantido a confidencialidade e anonimato.

Dadas as características desta população foi necessário dar um acompanhamento individualizado a todos os indivíduos, por tal facto, demoramos mais tempo na recolha dos dados. Não foi tarefa fácil pois, muitos dos indivíduos sentiam bastantes dificuldades na compreensão das questões nestes casos seguimos as recomendações do manual.

A ausência dos alunos com frequência as instituições fez-nos deslocar mais vezes, na tentativa de recolher a maior amostra possível, tendo também levamos mais tempo do que previsto inicialmente.

4.4.1. Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico e análise de dados serão realizados através da aplicação do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), onde

faremos um conjunto de estudos diferenciais com o recurso aos testes de diferenças e associação.

Para as comparações entre variáveis utilizamos a estatística inferencial do *Coeficiente de Correlação de Pearson (r)*. Aplicamos também, o Teste T para amostras independentes e quando queremos comparar três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente intervalar utilizamos a Análise de Variância (ANOVA). O nível de significância foi fixado em $p \leq 0.05$.

Os resultados obtidos nesta análise constituíram a base de discussão deste projeto de investigação.

4.4.2. Procedimentos de análise de dados

É chegado o momento de apresentar os resultados da investigação delineada. Num primeiro momento, a nossa atenção recairá no estudo das propriedades psicométricas do instrumento utilizado, nomeadamente a sua validade fatorial e a sua consistência interna, de forma a estabelecermos uma noção sobre o seu alcance métrico. Os estudos psicométricos das escalas são de crucial importância em investigação na medida em que fornecem garantias quanto ao grau de cientificidade das mesmas e à robustez dos constructos por elas avaliados. As características psicométricas mais usualmente estudadas nas escalas são a validade e a fidelidade. No presente caso estudamos a validade da escala através da análise factorial (também designada por validade factorial) e a fidelidade através do método da consistência interna.

De seguida, passaremos para um segundo momento, de extrema importância no trabalho, pois será nesta fase que serão comprovadas ou refutadas as hipóteses, mostrando-se deste modo, uma resposta para o problema em questão.

O tratamento estatístico e análise de dados serão realizados através da aplicação do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), onde

faremos um conjunto de estudos diferenciais com o recurso aos testes de diferenças e associação.

Capítulo 5. Resultados

5.1. Propriedades psicométricos da escala

5.1.1. Validade

Para esta escala determinamos a validade de constructo. A fim de se verificar se os pressupostos teóricos da escala se justificam, isto é, o grau de consonância entre a estrutura fatorial obtida e as dimensões do modelo teórico subjacente, desta forma procedeu-se a uma análise fatorial das componentes principais, com rotação *varimax*. A estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtida constitui-se como um bom indicador da adequação da amostra para a prossecução da análise ($KMO=0.87$; teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2=680.088$; $p=0.00$), permitem-nos concluir que os dados são adequados para a análise de fatores.

De acordo com o modelo original, oito domínios carregado com um valor próprio de 4.940, que explica 61.745 da variância (ver Tabela). Todos os domínios apresentaram fortes cargas no fator, que varia de 0.671 (Saúde Pessoal), para 0.853 (em relação as coisas que tu tens).

Item	Fator de carga
Feliz com a vida em geral	0.750
1. Em que medida te sentes em relação as coisas que tu tens	0.853
2. Em que medida te sentes em relação à tua saúde	0.671
3. Em que medida te sentes em relação às coisas que tu fazes	0.849
4. Em que medida te sentes em relação aos teus relacionamentos	0.742
5. Em que medida te sentes em relação à tua segurança	0.830
6. Em que medida te sentes em relação a fazer coisas fora de casa	0.744
7. Em que medida te sentes em relação a como a tua vida vai ser no futuro?	0.827
Valor próprio	4.940
Percentagem da Variância	61.745

Tabela 3: *Análise fatorial do PWI-ID*

Realizamos uma regressão linear múltipla, para verificar a medida em que os domínios individuais contribuíram para *Satisfação com a Vida como um todo*. Os resultados permitem verificar que 61.75% da variância em "A vida como um todo" pode ser explicada pela PWI-ID domínios, em especial a *Saúde; Relacionamentos e Segurança no Futuro*. Três domínios foram encontrados para ter nenhuma contribuição significativa para a "vida como um todo", como *Saúde; Relacionamentos e Segurança no Futuro*. Tal como podemos ver na tabela.

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Constant	13.207	4.895		
1. As coisas que tu tens	.261	.092	.270	.005
2. À tua saúde	.085	.065	.092	.195
3. Às coisas que tu fazes	.558	.094	.533	.000
4. Teus relacionamentos	-.117	.068	-.142	.086
5. Segurança Pessoal	.225	.088	.248	.012
6. Relação com a comunidade	-.209	.073	-.223	.005
7. Segurança no futuro	.016	.087	.017	.853

Tabela 4 - *Regressão linear múltipla*. Nota: $F = 29.70$; $p < .01$; $R = .788$; $R^2 = .621$; *Adjustado* $R^2 = .600$

Desta forma procedemos à estatística descritiva, tal como podemos verificar na tabela abaixo. O nível mais alto de satisfação foi encontrada em *Fazer coisas* ($M = 73.85$; $DP = 21.71$) e o menor em *Saúde* ($M = 69.11$; $DP = 24.53$).

Com a *correlação de Pearson* a relação entre os domínios PWI-ID foram analisados, o que nos permitiu verificar a maior correlação em "coisas que possuis" e "Futuro" ($r = 0.736$; $p < 0.01$) e menor correlação em "Vida geral" e os "relacionamentos pessoais" ($r = 0.374$; $p < 0.01$).

Variable	M	SD	0	1	2	3	4	5	6	7
0. Vida em geral	72.67	22.73	-							
1. Coisas possuiis	72.30	23.53	.674(*)	-						
2. Saúde	69.11	24.53	.498(*)	.470(*)	-					
3. Fazes Coisas	73.85	21.71	.726(*)	.701(*)	.616(*)	-				
4.Relacionamentos	70.22	27.60	.374(*)	.516(*)	.432(*)	.510(*)	-			
5. Segurança Pessoal	69.85	24.97	.525(*)	.671(*)	.415(*)	.551(*)	.721(*)	-		
6. Fazer parte da comunidade	72.44	24.23	.358 (*)	.532(*)	.440(*)	.573(*)	.553(*)	.647(*)	-	
7. Futuro	72.52	23.23	.545(*)	.736(*)	.428 (*)	.634(*)	.570(*)	.655(*)	.577(*)	-
PWI-ID	71.47	19.26	.658(*)	.826(*)	.683(*)	.815(*)	.787(*)	.844(*)	.778(*)	.823(*)

Tabela 5- *PWI-ID* Correlações

5.1.2. Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi determinada pelo método da consistência interna com recurso ao coeficiente *alfa de Cronbach*.

Quanto aos dados de consistência interna, o nosso instrumento indica um *alpha de Cronbach* de .73, considerado aceitável tendo em conta o pequeno número de itens da escala (Cummins, McCabe, Romeo & Gullone, 1994; Chen & Davey, 2009). A nossa versão portuguesa do PWI-ID apresentou um alpha de Cronbach de .908 que podemos considerar uma boa consistência interna. Descobrimos ainda, que se excluíssemos algum item não iria melhorar significativamente a confiabilidade da escala.

5.2. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A PWI-ID

4.4.3. Género e PWI

Como se refere na tabela seguinte, utilizamos o teste t de student para estudar as diferenças entre o género e o PWI-ID. Verificamos pontuações mais elevadas nos rapazes ($M= 72.688$, $DP=20.501$) do que nas raparigas ($M=68.464$, $DP=16.369$). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas [$t(91.68)= 1.261$; $p=.210$].

	masculino		feminino		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
PWI-ID	72.68	20.50	68.46	16.37	1.261	91.68	.210
item Geral	73.12	23.07	71.25	22.21	.440	76.66	
item 1	72.90	24.38	71.25	22.21	.368	131	.713
item 2	70.00	25.06	68.25	24.27	.378	76.18	.707
item 3	74.41	21.79	72.75	22.18	.397	72.77	.692
item 4	71.29	27.35	67.25	28.55	.758	71.16	.451
item 5	72.15	25.57	63.75	22.94	1.86	81.88	.065
item 6	74.52	24.60	67.00	23.22	1.68	78.03	.097
item 7	73.55	23.52	69.00	22.50	1.05	77.05	.295

Tabela 6 – PWI-ID e género.

4.4.4. Idade e PWI-ID

Selecionamos o teste de associação *Coeficiente de Correlação de Person*, para verificarmos se estas duas variáveis intervalares estão associadas e verificamos que há uma correlação negativa significativa entre a PWI-ID e a idade, $r = -.170$; $p = .50$. O que significa que quanto mais idade os sujeitos têm, maior é o seu Bem-estar.

4.4.5. Zona habitacional e PWI-ID

Neste caso como queremos comparar três grupos independentes ao nível de uma variável dependente intervalar, para tal utilizamos a Análise de Variância (ANOVA). Aferimos que o grupo de participantes que habita em meio rural tem 89 indivíduos e uma média de 72.46 e desvio-padrão 18.31 na variável PWI-ID. Por seu turno, o grupo de participantes que habita em meio urbano possui 12 indivíduos e uma média de 68.09 e desvio-padrão 20.37 na variável PWI-ID. Já o grupo de participantes que habita em meio semiurbano contém 32 participantes e uma média de 70.22 e um desvio-padrão de 22.24. Neste caso, não existem diferenças significativas entre o bem-estar e o local onde habitam os participantes, $F(2,130) = .358$, $p = .700$.

6. Discussão dos Resultados e Conclusões

6.1. Discussão

Os objetivos definidos nesta investigação foram realizar um estudo psicométrico do Índice de Bem-estar, mas também saber em que medida as crianças/jovens portadoras de deficiência mental, estão satisfeitos com a sua vida como um todo. Bem como, aferir diferenças do Bem-estar das pessoas portadores de deficiência mental em função das variáveis exploradas.

Começamos por analisar a opção metodológica escolhida. Trata-se de um estudo correlacional ancorado no paradigma da investigação quantitativa e, obviamente, utilizando metodologias quantitativas. Decorrente desta opção, assumimos a priori as limitações que habitualmente lhe são apontadas, a saber: *a visão estática dos fenómenos*, baseada nas perceções avaliativas que os itens das escalas utilizadas suscitam, naquele momento, no respondente; logo, uma visão particularista e centrada nos resultados do momento (Cook & Reichardt, 1995); *a desejabilidade social*, fenómeno descrito por Edwards (1957) e que consiste em responder a uma pergunta na perspectiva daquilo que é julgado convenientemente do ponto de vista da questão; e uma terceira limitação, decorrente do efeito de tendência central que as escalas de Likert podem tendencialmente sugerir (Hill & Hill, 2000). Entre responder no extremo inferior da escala ou no extremo superior, os sujeitos tendem a traduzir uma resposta intermédia que significa apenas o mais ou o menos (ou, então, a não implicação).

Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos proporcionando a confirmação ou não das hipóteses elaboradas para o presente estudo.

Na primeira questão de investigação: *adaptação portuguesa do PWI-ID apresenta boa validade e fidelidade*. Tal como podemos verificar anteriormente, procedeu-se a uma análise fatorial das componentes principais, com rotação *varimax*. A estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtida constitui-se como um bom indicador da adequação da amostra para a prossecução da análise ($KMO=0.87$; teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2=680.088$; $p=0.00$), permitem-nos concluir que os dados são adequados para a análise de fatores.

A nossa versão portuguesa do PWI-ID também apresentou um alpha de Cronbach de .908, o que nos leva a considerar uma boa consistência interna.

Confirmamos que o PWI-ID nesta versão em Português tem um bom desempenho tanto em termos de validade e fidelidade numa população de pessoas portadoras de deficiência mental. As características psicométricas deste estudo revelam-se semelhantes a outros resultados de vários estudos anteriores sobre este instrumento, em todo o mundo (Grupo Internacional de Bem-estar, 2006).

Na questão de investigação: Os rapazes portadores de deficiência mental apresentam um nível de bem-estar com a vida, superior ao das raparigas portadoras de deficiência mental. Tal como verificamos anteriormente, após aplicação do teste t, verificamos a média e o desvio-padrão do género masculino é de 72.68 e 20.50, enquanto no género feminino, a média e o desvio-padrão é de 68.46 e 16.37 respetivamente. Desta forma, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre o género masculino e feminino e o nível de bem-estar, $t(131)=1.154$; $p=.251$.

Após exaustiva pesquisa bibliográfica sobre estudos semelhantes, tivemos muita dificuldade em encontrar estudos do bem-estar relacionados com a deficiência mental, como já referido anteriormente, existem poucos estudos nesta área. Em Portugal, existe tradução e adaptação da versão PWI-A (Ribeiro & Cummins, 2008, cit in Dias & Bastos in press); PWI-ID versão (Pinto

& Nobre, 2011) e PWI-SC versão para crianças em idade escolar e adolescentes (Dias & Bastos, in press).

Comparando com a versão de Pinto e Nobre (2011), pois será a que utilizou uma amostra com pessoas portadoras de deficiência mental, os participantes desse estudo, do género masculino têm uma visão das suas vidas mais satisfatória e consequentemente maior bem-estar do que as mulheres.

Segundo Cummins et al. (2001), a avaliação do Bem-estar subjetivo na Austrália, revelou que as mulheres apresentam maior satisfação com a vida do que os homens, já que também apresentam melhores expectativas quanto à melhoria da vida do que os homens.

Enquanto na questão de investigação: As crianças/jovens mais velhas apresentam um nível de bem-estar com a vida superior as crianças/jovens mais novas. De facto, existe uma correlação positiva significativa entre a idade e o bem-estar $r = -.170$; $p = .50$. Assim quanto mais idade os sujeitos têm, maior é o seu Bem-estar.

A associação entre o Bem-estar subjetivo e a idade, verificou-se neste estudo, já que os resultados demostram relações estatisticamente significativas.

O que também podemos constatar na literatura consultada, onde demonstra uma relação significativa entre as variáveis. Segundo Cummins et al. (2001), a avaliação do Bem-estar subjetivo na Austrália revelou que os indivíduos mais idosos apresentam maior satisfação com a vida em geral do que os indivíduos mais jovens.

Na questão de investigação: As crianças/jovens que moram em meio urbano apresentam níveis de bem-estar com a vida superior as crianças/jovens que moram em meio rural. Após a realização a Análise de Variância (ANOVA)

podemos verificar que, não existem diferenças significativas entre o bem-estar e o local onde habitam os participantes, $F(2,130)=.358$, $p=.700$.

De toda a pesquisa realizada não encontramos estudos que demonstrassem qualquer relação entre estas variáveis. Apenas encontramos na revisão da literatura, Diener (cit in Freire & Tavares, 2011) verificou que as variáveis demográficas não explicavam mais do que 15% da variância nos níveis de felicidade. Ferraz *et al.* (cit in Freire & Tavares, 2011) evidenciam, na sua revisão da literatura nesse domínio, que os estudos revelam que a correlação entre idade e bem-estar é praticamente nula.

6.2. Conclusão

Perante a pergunta de partida que nos serviu de base para a elaboração deste trabalho em saber em que medida as crianças/jovens portadoras de deficiência mental, estão satisfeitos com a sua vida como um todo. Como também aferir quais os são aspetos mais relevantes do Bem-estar das crianças/jovens portadores de deficiência mental.

Começamos, por refletir sobre o conceito de deficiência mental, fazendo a sua definição e conceptualização, passando pela Etiologia e Epidemiologia.

Debruçamo-nos ainda sobre o Bem-estar, onde abordamos o bem-estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico.

Fizemos uma abordagem ao Índice de bem-estar em pessoas portadoras de deficiência mental (PWI-ID).

De seguida procedemos á análise estatística, onde podemos verificar que a fidelidade do instrumento foi determinada pelo método da consistência interna com recurso ao coeficiente *alfa* de Cronbach. Onde podemos ponderar uma boa consistência interna. O mesmo se verificou com a validade onde procedemos a uma análise fatorial das componentes principais, com rotação *varimax*. A estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtida constitui-se como um bom indicador da adequação da amostra para a prossecução da análise.

Comprovamos que existe uma associação entre a idade e o bem-estar.

Deparamo-nos com a escassez de estudos nesta área, o que revela a importância de qualquer avanço neste sentido, para que possamos compreender melhor a pessoa com deficiência mental e adaptarmos formas para melhorar o seu bem-estar.

Desta forma os resultados obtidos permitiram chegar a conclusões interessantes e a variações de opinião.

No entanto temos consciência que este estudo teve algumas limitações. Num próximo estudo, é necessário que seja abrangido um maior número de pessoas portadoras de deficiência mental de diferentes zonas demográficas, para que os dados sejam relevantes e seja possível a generalização dos resultados para a população em foco.

Este trabalho deixa evidente a complexidade e a abrangência do tema, sendo por isso, impossível encerrá-lo ou esgotá-lo nas dimensões desse estudo, sugerindo-se que outras pesquisas sejam feitas.

Podemos ainda, concluir que esta escala vai ser uma ferramenta, útil no contexto Português. Acreditamos termos contribuído para uma melhor compreensão sobre as pessoas portadoras de deficiência mental. Levando a uma melhor intervenção no bem-estar.

Não devemos igualmente ignorar que a realidade é um conjunto de vivências que gera expectativas e que estas criam construções sociais cuja manutenção influencia a noção que se tem de bem-estar (experiências hedonistas/bem-estar percebido), com as quais se atinge a felicidade, entendida como fim supremo (*eudaimonia*).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association – A.P.A. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Albuquerque, C. (1990). *Definir a deficiência mental*. *Psycologica*, 4, 149-160.

Albuquerque, M. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164. Consultado em 5 de maio, de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf>

Albuquerque, C. (2005). Deficiência mental ligeira: Funcionalidade e transição para a vida pós-escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 89-110.

Albuquerque, I. e Lima, M.P. (2007). *Personalidade e Bem Estar Subjectivo: Uma Abordagem com os Projectos Pessoais*. Consultado em 25 de maio de 2013 de [/www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt).

Alonso, M, À V, Bermejo, B,G. (2001). *Atraso Mental: Adaptação Social e Problemas de Comportamento*. Amadora: McGraw-Hill.

Azevedo, M. (2011). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares: sugestões para estruturação da escrita*. 8º ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Bairrão, J., Castanheira, J. L., Felgueiras, I. & Portela, H. (1980). Primeiros resultados de um estudo epidemiológico da deficiência mental. *Cadernos do C.O.O.M.P.*, 5, 11-20.
- Bairrão, J. (1981). Sobre a deficiência mental. *Psicologia*, 2/3, 99-110.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (3), 580-587. Consultado em 15 setembro de 2013 de <http://www.scielo.br>.
- Barros, J., Gordon, R., Ruiz, J., Martel, B., Hernás, M. & Ortega, C. (1999). Evaluación médica y psicosocial de una población adulta com discapacidad intelectual. *Revista Salud Pública*, 73 (3), 383- 392.
- Barnett, W. S. (1986). Definition and classification of mental retardation: A reply to Zigler, Balla and Hodapp. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 111-116.
- Baumeister, A. (1987). Mental retardation: Some conceptions and dilemmas. *American Psychologist Association*, 42 (8), 796-800.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Beirne-Smith, Ittenbach, R. & Patton, J. (2002). *Mental retardation (6th Ed.)*. New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124. Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, J. (2002).

Clarke, A. D. B. & Clarke, A. M. (1987). Research on mental handicap, 1957-1987: A selective review. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 317-328.

Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (2004), Organização Mundial de Saúde. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.

Claudino, Adelaide Duarte. 1997. *A Orientação para a Formação Profissional de Jovens com Deficiência Intelectual*. Livros SNR nº11. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Cook, T. D. & Reichardt, Ch. S. (1995). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Compton, W.C., Smith, M.L., Cornish, K.A.& Qualls, D.L. (1996). Factor structure os mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (2), 406-413.

Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y. & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 372–382.

Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallent, J., Van Vugt, J., Shelley, J., Pusey, M., & Misajon, R. (2001). *Australian Centre on Quality of Life. Deakin Iniversity*. Australian Unity Wellbeing Index (Survey 1: Report 1).

Cummins, R. A. (2002). The validity and utility of subjective quality of life: a reply to Hatton and Ager. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 261-268.

- Cummins, R. A. & Lau, A. L. D. (2005). Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (3ª. Ed). Victoria: School of Psychology, Deakin University. Consultado em 15 setembro de 2013 de <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/>.
- Dias, P.C., & Bastos, A.S. (in press). *Application of the Personal Wellbeing Index with Portuguese adolescents*. In A. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life Research*. New York: Springer.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. & Emmons, E. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935. *Personality and Social Psychology*, 69, 130-141.
- Diener, E., & Ryan, C. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dykens, E. (2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 185-193.
- Dunn, L. (1968). Special education for the mildly retarded: Is much of it justifiable? *Exceptional Children*, 35, 5-22.
- Dias, P.C., & Bastos, A.S. (in press). Application of the Personal Wellbeing Index with Portuguese adolescents. In A. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life Research*. New York: Springer.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Drayden Press.
- Freire, Teresa, & Tavares Dionísia. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de psiquiatria clínica*. Vol.38, nº 5 São Paulo 2011 consultado em 18 de setembro 2013 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832011000500003&script=sci_arttext
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e Evolução do conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, ano/vol. VI, número 002. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. Lisboa. pp.203-214.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjetivo – factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.

Garcia, Santiago Molina (1994). *Deficiência Mental – Aspectos Psicoevolutivos Y Educativos*. Málaga:Ediciones Aljibe.

Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Inhelder, B. (1963). *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux* (2ème ed.). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

International Wellbeing Group. (Manual 2006). *Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A)*. The Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

International Wellbeing Group. (Manual 2005). *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability (PWI-ID)*. The Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). Well-being: The foundations of hedonic psychology. New York, NY, US: Russell Sage Foundation, p.593.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

Loon, J.H.M. Van (2009). Un sistema de apoyos centrado en la persona Mejorando en la calidad de vida por médio de los apoyos, in VERDUGO Alonso et al. (coord). Mejorando resultados personales para una vida de calidad. VII Jornadas Cientificas de Investigación sobre Personas com

Discapacidad. Salamanca. Amarú Ediciones, 99-115. Consultado em 15 de maio 2013, de

http://www.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/ruedes/ACTAS_RUEDES_XIX.pdf.

Lopez, J., Pineda, L. & Botell, M. (2005). Retardo mental y calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina Geral Integral*, 45 (5215), 1-7.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131,803-855.

Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.

Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. & Stark, J. A. (1992). Mental retardation. Definition, classification and systems of support. Washington: American Association on Mental Retardation.

Mathias, J. & Nettelbeck, T. (1992). Validity os Greenspan`s models of adaptive and social intelligence. *Research in Developmental Disabilities*.13, 113-129.

Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Qualitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga. Psiquilíbrios Edições.

Marques, J.H.F. (1969). *Estudos sobre a Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC): sua adaptação e aferição para Portugal*. Lisboa: Autor.

- Mercer, J. (1973). *Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspective on mental retardation*. California: University of California Press.
- Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doença*, 13(1), 66-77.
- Moraes, A., Magna, L., & faria, A. (2006). Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. (vol.22). Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública.
- Morato, P.M. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa. Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Morato, P., P. et al. (1997). A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental, Integrar, pp.5-14.
- Nações Unidas.(1983). *Programa mundial de acção relativo às pessoas deficientes*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Neri, A.L.(2001). *O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil*, hoje. Consultado em 23 de agosto 2013 de <http://portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>
- Newton, J. - *Wellbeing and the Natural Environment: A brief overview of the evidence*. [Em linha] University of Surrey, 2007. [Consult.]. Consultado em 15 de fevereiro 2013 de <http://www.surrey.ac.uk/resolve/seminars/Julie%20Newton%20Paper.pdf>

- Nielsen, L.B. (1999) *Necessidades educativas especiais na sala de aula*. Porto editora . Porto.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra. Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.Organização Mundial de Saúde (1948). <http://www.who.int/about/es> (acedido em 14/04/2013).
- Organização Mundial de Saúde – O.M.S. (2002). *Relatório mundial da saúde*: Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Pacheco, Domingo B; Valencia, Rosario P. (1997). “A Deficiência Mental” in Rafael Bautista (coord.) *Necessidades Educativas especiais*. Lisboa. Dinalivros, 209-223.
- Pais Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra. Quarteto.
- Pais Ribeiro, J.L. (2008). *O bem estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala*. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I Silva & S. Marques (Edts.): *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.505-508. Lisboa. ISPA.
- Perron, R. (1969). Attitudes et idées face aux déficiences mentales. In R. Zazzo (Ed.), *Les débilités mentales*. Paris: Armand Colin.
- Pinto, J. & Nobre, P. (2011a). *Escala de Conhecimentos, Experiências, Sentimentos e Necessidades Sexuais para Pessoas com Deficiência Mental*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D. e Keyes, C.I.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Robinson, N. M. & Robinson, H. B. (1976). *The mentally retarded child. A psychological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ruiloba, J. (2002). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. (5ª ed.) Barcelona. Masson.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Manual conciso de psiquiatría clínica*. (2ª ed.). São Paulo. Artmed.
- Schaloch, R., Verdugo, Miguel A.; Jenaro, C. ; Wang, M.; Wehmeyer, M.; Xu, J.; Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298-311.
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

- Silva, A., B., Gaspar de Matos, M. & Diniz, J. A. (2010). Idade, Género e Bem-Estar Subjetivo nos Adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedagogia* ano 44-2, 39-61.
- Simões, A., Ferreira, J. A.G., Lima M.P., Pinheiro, M. R. M., Vieira, C. M. C., Matos, A.P.M. e Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjetivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia da Educação e Cultura*, IV (2), 243-279.
- Souza, L. & Boemer, M. (2003). O ser-com o filho com deficiência mental – Alguns desvelamentos. *Paidéia*, 13 (26), 209-219.
- Sprovieri, M.H.S. & Assumpção, F.B.J. (2005). *Deficiência mental: Sexualidade e família*. São Paulo: Editora Manole.
- Tarjan, G., Wright, S. W., Eyman, R. K. & Keeran, C. V. (1973). Natural history of mental retardation: Some aspects of epidemiology. *American Journal of Mental Deficiency*, 77, 369-379.
- The WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
- Vasconcelos, M. (2004). Retardo mental . *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 71-81.
- Van Hoorn, A. - *A short Introduction to Subjective Well-being: Its Measurement, Correlates and Policy Uses*. Rome: University of Rome ‘Tor Vergata’.
- Consultado em em 27 de fevereiro de 2013 de <http://www.oecd.org/site/worldforum06/38331839.pdf>.
- Veenhoven, R. (1996). *The Study of Life Satisfaction*. In W.E. Saris, R. Veenhoven, A.C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A Comparative*

Study of Satisfaction With Life in Europe (pp 11-48). Eötvös: University Press. Consultado em 15 de maio de 2013 de <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/96d-full.pdf>.

Veenhoven, R. (2000). *The Four Qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life*. Journal of Happiness Studies, 1, 1-39. Consultado em 4 de maio de 2013 de <http://repub.eur.nl/res/pub/8862/2000c-full.pdf> .

Waterman, A.S.(1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia and hedonic enjoyment. Journal of Persolality and Social Psychology, 64 (4), 678-691.

Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligent* (4th ed). Baltimore: Wiliamans & Wilkins.

Weinberg, R. A. (1989). Intelligence and I.Q.. Landmark issues and great debates. *American Psychologist*, 44, 98-104.

Zazzo, R. (1976). *As delibilidades mentais*. Vol.1. Cascais. Livraria Afonso Sanches.

Zazzo, R. (1979). La débilité en question. In R. Zazzo (Ed.), *Les débilités mentales* (3éme ed.). Paris: Armand Colin.

Zhan L. Quality of Life: *Conceptual and measurement issues*. J Adv Nurs. 1992; 17(7):795–800.

Zigler, E. & Hodapp, R.M (1984). *On the definition and classification of mental retardation*. American Journal of Mental Deficiency, 89, 215-230.

Zigler, E. & Hodapp, R.M (1986). *Understanding mental retardation*. New York.
Cambridge University Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Caro encarregado de educação,

No âmbito do mestrado em Educação Especial do *Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras*, estamos a realizar um estudo com o *tema bem-estar em pessoas portadoras de deficiência mental*.

Esta investigação tem como principal objetivo conhecer melhor o papel do bem-estar em pessoas portadoras de deficiência. Este trabalho é realizado com fins estritamente académicos, sendo o **anonimato e a confidencialidade** dos dados absolutamente garantidos. Os resultados da investigação serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, mas como foi referido anteriormente comprometemo-nos a manter em sigilo a sua identidade.

Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a participação do seu educando no referido estudo. A sua participação é absolutamente voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento.

Reconhecidamente, agradecemos a disponibilidade e preciosa colaboração.

Atendendo às condições acima descritas, eu _____, encarregado de educação, do educando _____ declaro que autorizo a participação do meu educando no estudo.

_____, ____ de _____ de 2013

Assinatura do encarregado de educação

ANEXO 2

Bem-estar em Pessoas

Portadoras de Deficiência Mental

O presente questionário faz parte de um estudo mais abrangente que pretende conhecer melhor o papel do bem-estar individual em pessoas portadoras de deficiência mental, no âmbito da tese de Mestrado em Educação Especial do Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras. As suas respostas são importantes uma vez que nos permite conhecer melhor como pensam e sentem relativamente às questões que vamos apresentar.

As respostas são anónimas e confidenciais. Para além disso, não existem respostas certas nem erradas. Dessa forma, pedimos uma colaboração sincera, através da resposta às questões de acordo com o que considera sobre cada uma delas.

1. Género: Masculino_____ Feminino_____; **2. Idade:** _____

3. Escolaridade_____ **4. Alguma vez ficou retido**_____ se sim, quantas vezes_____

5a. Escolaridade do pai: _____ **5b. Escolaridade da mãe:** _____

6. Tem alguma necessidade especial?_____ **Se sim, qual?** _____

7. Meio onde vive é: Rural _____ Urbano _____ Semi-urbano _____

8. Estado civil dos pais _____

PRÉ – TESTE: Passo 4

Fase 1: Ordem de grandeza

Teste da Ordem de Grandeza

(a) Apresentar a imagem com 2 blocos

Procedimento: Mostrar ao entrevistado a imagem referente ao apêndice B1 (imagem com 2 blocos).

Instruções : “Aqui estão dois blocos. Um é maior do que o outro.”

P: “Por favor, aponta para o bloco MAIOR ”.	Registro com êxito (✓) ou falha (x)	<input type="checkbox"/>
P: “Por favor, aponta para o bloco MAIS PEQUENO ”.		<input type="checkbox"/>
[✓ Em caixa apropriada]	Êxito Total	<input type="checkbox"/>
	Falha Total	<input type="checkbox"/>

Nota: Se a pessoa aponta no êxito total passar para a tarefa (b) (três escolhas).
Se a pessoa aponta na falha total, pode repetir a tarefa apenas mais uma vez.

No re-teste da tarefa (a):

- Se a pessoa teve êxito total: passa-se para a fase 2 e tenta-se apenas a tarefa (a) (escolha binária)
- Se a pessoa apresenta uma falha total: não se passa para a Fase 2 e termina-se o teste por aqui.

(b) Apresentar a imagem com 3 blocos

Procedimento: Mostrar ao entrevistado a imagem referente ao apêndice B2.

Instruções : “Temos aqui três blocos”

	Registrar com êxito (✓) ou Falha (x)	
P: “Primeiro, p.f., aponta para o bloco com o tamanho maior ”		<input type="checkbox"/>
P: “Agora, p.f., aponta para o bloco com o tamanho médio ”		<input type="checkbox"/>
P: “Por favor, apontar para o bloco com o tamanho mais pequeno ”		<input type="checkbox"/>
[✓ Em caixa apropriada]	Êxito Total	<input type="checkbox"/>
	Falha Total	<input type="checkbox"/>

Nota: Se a pessoa pontua com êxito total passar para a tarefa (c).
Se a pessoa apresenta falha total. Repetir a tarefa apenas uma vez.

Na repetição da tarefa (b):

- Se a pessoa tem ÊXITO TOTAL: passamos para a Fase 2, tarefa (b)
- Se a pessoa FALHA NOVAMENTE : fazemos a repetição da tarefa (a), apenas uma vez.

Na repetição da tarefa (a):

- Se a pessoa tem êxito total: passamos para a Fase 2 tarefa(a)
- Se a pessoa apresenta uma falha total: não podemos passar para a Fase 2 e terminamos o teste por aqui.

(c) Apresentar a imagem com 5 blocos

Procedimento: Mostrar ao entrevistado a imagem referente ao apêndice B3

Instruções :“Temos aqui cinco blocos”.

Registrar com êxito (✓) ou Falha (✗)

P: “Por favor, aponta para o **bloco Maior**”

P: “Por favor, aponta para o **bloco mais pequeno**

P: “ Por favor aponta para o **bloco com tamanho meio**”

P: “Por favor, aponta para o **segundo bloco maior**”

P: “Por favor, aponta para o **segundo bloco mais pequeno**”

[✓ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa pontua com êxito total, passar para a Fase 2, tarefa (c).

Se a pessoa pontua na falha total, pode repetir a tarefa apenas uma vez.

Na repetição da tarefa (c):

- Se a pessoa tem ÊXITO TOTAL: passamos para a Fase 2, tarefa(c)
- Se a pessoa falha novamente: repetimos a tarefa (b) **apenas uma vez**.

Na repetição da tarefa (b):

- Se a pessoa tem ÊXITO TOTAL: passamos para a Fase 2 e tentamos apenas uma tarefa (b)
- Se a pessoa apresenta uma falha total: repetir a tarefa (a), apenas uma vez.

Na repetição da tarefa (a):

- Se a pessoa tem ÊXITO TOTAL: passamos para a Fase 2, tarefa (a)
- Se a pessoa apresenta uma falha total: não podemos passar para a Fase 2 e terminamos o teste por aqui.

PRÉ – TESTE: Passo 4

Fase 2: Alinhamento de referência concreta

Escala com uma referência concreta

NOTA: Para os testes que iniciam na tarefa (b) ou (c), nesta fase, começar com as instruções da tarefa (a), para apresentar ao entrevistado as exigências do teste. Depois, pode passar para as instruções da tarefa (b) ou (c), antes do teste.

(a) Apresentar a imagem com os 2 blocos e a imagem com 2 degraus

Procedimento: Mostrar ao entrevistado a imagem referente ao apêndice B1 e B4.

Instruções: "Temos aqui alguns blocos (mostrar a imagem com 2 blocos- apêndice B1) e degraus(mostrar a imagem com os degraus– apêndice B4)".

"Quero que tu apontes para o degrau que corresponde ao bloco. Ou seja, o bloco grande deve corresponder ao degrau grande, enquanto que o bloco pequeno deve corresponder ao degrau pequeno".

"Então, quando eu apontar para o **bloco grande**, tu apontas para o degrau grande. Ok? " (Repetir, caso o entrevistado não tenha entendido).

"Quando eu apontar para o **bloco pequeno**, tu apontas para o degrau pequeno Ok?

Registrar com êxito (✓) ou Falha (x)

[Apontamos para o bloco grande]

P: "Qual é o degrau que corresponde ao **bloco grande**?"

☐

(O entrevistador aponta para o bloco pequeno)

P: "Qual dos degraus corresponde ao **bloco pequeno**?"

☐

[✓ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa obtiver **Êxito Total**

- Passar para a Fase 3, tarefa (a)

Se a pessoa não tiver sucesso: repetirmos mais uma vez.

Ao realizarmos a repetição da tarefa (a):

- Se a pessoa for bem-sucedida, passar para a Fase 3, tarefa(a).

- Mas se a pessoa falhar, então, o teste termina aqui.

(b) Apresente os 3 blocos com os 3 degraus

Procedimento: Mostrar ao entrevistado a imagem referente ao apêndice B2 e B5.

Instruções: "Temos aqui três blocos (mostrar a imagem com 3 blocos- apêndice B2) e algumas três degraus (mostrar a imagem com os degraus – apêndice B5)".

"Quero que tu apontes para o degrau que corresponde a cada bloco. **OK ?**

Registrar com êxito (√) ou Falha (x)

(O entrevistador aponta para o bloco grande)

P: "Qual é o degrau que corresponde ao **bloco grande?**"
(o entrevistado deverá apontar para o degrau grande)

☐

(o entrevistador aponta para o bloco pequeno)

P: "Qual dos degraus corresponde ao **bloco pequeno?**"

☐

P: (o entrevistador aponta para o bloco de tamanho medio)

"Qual dos degraus corresponde ao **bloco tamanho médio?**"

[√ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa tiver ÊXITO TOTAL:

- Passar para a Fase 3, tarefa (b)

Se a pessoa não tiver sucesso:

- Podemos repetir mais uma vez.

- Ao realizar a repetição da tarefa (b):

 - Se a pessoa for bem sucedida, passar para a Fase 3, tarefa (b).

- Mas se a pessoa falhar novamente, faça a repetição da tarefa (a) apenas uma vez.

- Na repetição da tarefa (a):

 - Se a pessoa é bem sucedida, pode passar para a Fase 3, tarefa (a).

- Mas se a pessoa falhar, o teste termina aqui.

(c) Apresente os 5 blocos com os 5 degraus

Procedimento: Mostrar ao entrevistado a imagem referente ao apêndice B3 e B6.

Instruções: "Temos aqui cinco blocos e cinco degraus. Quero que apontes para o degrau correspondente ao bloco **OK?**

Registo com êxito (√) ou falha (x)

(o entrevistador aponta para o bloco menor)

P: "Qual é o degrau que corresponde ao **bloco de menor tamanho?**"
(repetir para os outros blocos pela seguinte ordem)

☐

P:	“Qual é o degrau que corresponde ao bloco maior tamanho ?”	<input type="checkbox"/>
P:	“Qual é o degrau que corresponde ao bloco de tamanho médio ?”	<input type="checkbox"/>
P:	“Qual é o degrau que corresponde ao segundo bloco de tamanho maior ?”	<input type="checkbox"/>
P:	“Qual é o degrau que corresponde ao segundo bloco de tamanho menor ?”	<input type="checkbox"/>

[√ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa tiver ÊXITO TOTAL:

- Passar para a Fase 3, tarefa (c)

Se a pessoa não tiver sucesso: podemos repetir mais uma vez.

Ao realizarmos a repetição da tarefa (c):

- Se a pessoa for bem sucedida, passar para a Fase 3, tarefa (c);

- Mas se a pessoa falhar novamente, faça a repetição da tarefa (b) apenas uma vez.

Na repetição da tarefa (b):

- Se a pessoa é bem sucedida, pode passar para a Fase 3, tarefa (b).

- Se a pessoa falhar, realizar a repetição da tarefa (a), apenas uma vez.

Na repetição da tarefa (a)

- Se a pessoa for bem sucedida passar para a Fase 3 tarefa (a).

- Se a pessoa não for bem sucedida termina aqui o teste.

PRÉ – TESTE: Passo 4

Fase 3: uso de uma referência abstrata

Escala com referência concreta

NOTA: Para o teste, que começa em tarefas (b) ou (c), nesta fase, comece por usar as instruções da *Tarefa (a)* para apresentar ao entrevistado às exigências do teste. Em seguida, poderá fornecer as respectivas instruções da tarefa (b) e (c), antes do teste.

(a) Apresente o diagrama de 2 – Rostos

Procedimento: Mostrar ao entrevistado o diagrama com 2-Rostos (Apêndice C1)

Instruções: “Aqui temos dois rostos”.

“Um é um rosto feliz [apontar] (pausa); um é um rosto triste [apontar].”

“Diz-me algo que te deixe **FELIZ**”

(exemplo de resposta do entrevistado – *comer chocolate*)

“Agora, quando eu perguntar `Se tu te sentes **FELIZ** sobre alguma coisa (como x)...`, Eu quero que apontes para o rosto feliz [apontar], OK?”

“Agora diz-me algo que te ponha **TRISTE**”.

[exemplo de resposta do entrevistado - *provocação das pessoas*]

“Quando eu perguntar `Se tu sentes **TRISTEZA** acerca de alguma coisa (como Y)...` Quero que apontes para o rosto triste [apontar], OK?”?

“Preparado(a) ?”

Registrar com êxito (✓) ou falha (x)

P : “Se tu te sentisses **FELIZ** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? ”

☐

P : “Se tu te sentisses **TRISTE** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? ”

☐

[✓ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa teve SUCESSO:

- Passar para o Passo 5B e utilizar a escolha binária para responder no PWI teste com itens.

Se a pessoa FALHOU:

- Repetir as instruções mais uma vez apenas.

Na repetição da tarefa (a):

- Se a pessoa teve SUCESSO, passar para o Passo 5B e utilizar a escolha binária para responder no PWI teste com itens.
- Se a pessoa FALHAR, não passar para o passo 5B e terminar completamente o teste.

(b) Apresente o diagrama de 3 rostos

Procedimento: Mostrar ao entrevistado o diagrama 3-Rostos (Apêndice C2)

Instruções: "Temos três rostos."

"Vamos [apontar um de cada vez] 'Triste', 'nem triste nem feliz', e 'feliz'."

P : "Se tu te sentes **FELIZ** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

P : "Se tu te sentes **TRISTE** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias ? "

P : "Se tu te sentes **NEM TRISTE NEM FELIZ** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

[✓ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa teve SUCESSO:

- Passar para o passo 5B e utilizar o formato de 3-escolhas para responder no PWI teste com itens.

Se a pessoa FALHOU:

- Repetir as instruções mais uma vez apenas.

Na repetição da **tarefa (b):**

- Se a pessoa teve SUCESSO: Passar para o Passo 5B e utilizar o formato de 3-escolhas para responder no PWI teste com itens.

- Se a pessoa FALHAR novamente: repetir a tarefa (a) apenas uma vez.

... Na repetição da **tarefa (a)**

- Se a pessoa obtiver SUCESSO: Passar para o passo 5B e utilizar a escolha binária para responder no PWI teste com itens.

- Se a pessoa FALHAR novamente não passar para o passo 5B e terminar completamente o

teste.

(c) Apresente o diagrama de 5 – Rostos

Procedimento: Mostrar ao entrevistado o diagrama 5-Rostos (Apêndice C3)

Instruções: "Temos cinco rostos".

"Vamos [apontar um de cada vez] 'muito triste', 'um pouco triste', 'nem triste nem feliz', 'um pouco feliz' e 'muito feliz'".

P : "Se tu te sentes **MUITO TRISTE** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

P : "Se tu te sentes **UM POUCO FELIZ** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

P : "Se tu te sentes **MUITO FELIZ** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

P : "Se tu te sentes **FELIZ** acerca de alguma coisa, para qual faces tu apontas? "

P : "Se tu te sentes **UM POUCO TRISTE** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

P : "Se tu te sentes **NEM FELIZ NEM TRISTE** acerca de alguma coisa, para qual dos rostos tu apontarias? "

[√ Em caixa apropriada]

Êxito Total

Falha Total

Nota: Se a pessoa teve SUCESSO:

- Passar para o Passo 5B e utilizar o formato de 5-escolhas para responder no PWI teste com itens.

Se a pessoa FALHOU:

- Repetir as instruções mais uma vez apenas.

Na repetição da **tarefa (c):**

- Se a pessoa teve SUCESSO: Passar para o Passo 5B e utilizar o formato de 5-escolhas para responder no PWI teste com itens.

- Se a pessoa FALHAR novamente: repetir a tarefa (b) apenas uma vez.

... Na repetição da **tarefa (b)**

- Se a pessoa obtiver SUCESSO: Passar para o Passo 5B e utilizar o formato de 3-escolhas para responder no PWI teste com itens.

- Se a pessoa FALHAR, repetir a tarefa (a) apenas uma vez.

... Repetição da **tarefa (a)**

- Se a pessoa obtiver SUCESSO: Passar para o Passo 5B e utilizar o formato de escolha binária para responder no PWI teste com itens.

- Se a pessoa FALHAR, não passar para o passo 5B e terminar completamente o teste.

Teste Passo 5 A: Feliz com a vida como um todo e o Índice de Bem Estar pessoal, em pessoa portadoras de deficiência intelectual (escala de 11 pontos)

Procedimento e Instruções:

Procedimentos: Mostrar a escala de 0-10 de felicidade, que foi mostrado ao entrevistado no passo 3.

Instruções: “Muito bem, agora eu vou fazer-te algumas perguntas acerca do quanto te sentes feliz usando a escala de zero a 10”.

“Como eu já te tinha dito significa o zero significa muito triste [apontar para o lado esquerdo da escala].

10 significa que tu te sentes muito feliz [apontar para o lado direito da escala].

E no meio da escala, está no 5, significa que tu nem estás feliz nem triste [apontar].

“Usa esta escala de zero 10..... (passar para as questões seguintes).

Pontuação do entrevistado

11-pt
(0-10)

Parte 1: Feliz com a vida em geral (opcional)

“Em que medida tu te sentes feliz com a tua vida em geral? “

--

Parte 2: Índice de bem estar pessoal em pessoas portadoras de deficiência intelectual

“ Em que medida tu te sentes feliz em relação...?”

1. As coisas que tu tens? Como o dinheiro que tu tens e as coisas que possuis?

2. À tua saúde?

3. Às coisas que fazes ou às coisas que tu aprendes?

4. À maneira como te relacionas com as pessoas que conheces?

5. À tua segurança?

6. A fazer coisas fora de casa?

7. A como a tua vida vai ser no futuro?

Teste Passo 5 B: Feliz com a vida como um todo e Índice de Bem Estar pessoal em pessoa portadoras de deficiência intelectual (escala de escolha reduzida)

Procedimento e Instruções:

Procedimentos: 1. Selecionar o diagrama dos rostos correspondente ao utilizado no pré-teste Passo 4 – Fase 3.
2. Mostrar o diagrama ao entrevistado e continuar com as instruções abaixo:

Instruções: “Agora, eu vou colocar-te algumas questões sobre o quanto feliz tu te sentes. Usando estes rostos (apontar para os 3 rostos)”.

(i) **Se no diagrama de 2-Rostos**

“Como tu já viste antes, este rosto significa que tu te sentes feliz (apontar).

Este significa que te sentes triste (apontar).

“Quando eu te fizer as perguntas a seguir, tu aponta para o rosto que mostra que te sentes feliz.”

“Está bem?”

Se “sim”, prosseguir para o próximo item.

Se “não”, repetir as instruções apenas uma vez e depois seguir para a próxima afirmação.

“Usar o diagrama dos 3–rostos, ...(prosseguir com as seguintes perguntas):

(ii) **Se no diagrama de 3- Rostos**

“Como tu já viste antes, este rosto significa que tu te sentes feliz. (apontar).

Este significa que te sentes nem triste nem feliz (apontar).

E este significa que te sentes Triste (apontar).

“Quando eu te fizer as perguntas a seguir, aponta para o rosto que mostra que te sentes feliz.”

(iii) **Se o diagrama 5-faces**

“Como tu já viste antes, este rosto significa que tu te sentes muito feliz (apontar).

Este significa que te sentes um pouco feliz (apontar).

Este significa que te sentes muito triste (apontar).

Este significa que te sentes um pouco triste (apontar).

O do meio significa que te sentes nem feliz nem triste (apontar).

“Quando eu fizer perguntas a seguir tu apontas para a face que mostra que te sentes feliz.”

“Está bem?”

Se “sim”: prosseguir para o próximo item.

Se “não”: repetir as instruções apenas uma vez e depois seguir para a próxima afirmação.

“Usar estes rostos,...” (continuar com as questões abaixo)

Itens de teste: (o entrevistado responde de acordo com o seguinte código nas caixas abaixo).

Código	(a) 2-rostos (2pt)	(b) 3 –rostos (3pt)	(c) 5 –rostos (5pt)
	Triste = 0 Feliz = 1	Triste = 0 Nem feliz nem triste =1 Feliz = 2	Muito triste = 0 Um pouco triste= 1 Nem feliz nem triste =2 Um pouco feliz = 3 Muito feliz = 4

Pontuação do entrevistado

Parte 1: Feliz com a vida em geral (opcional)

“Em que medida tu te sentes feliz com a tua vida em geral? “

2pt (0-1)	3pt (0-2)	5pt (0-4)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Índice de bem estar pessoa – pessoas portadoras de deficiência intelectual

“ Em que medida tu te sentes feliz em relação...?”

1. As coisas que tu tens? Como o dinheiro que tu tens e as coisas que possuis?
2. À tua saúde?
3. Às coisas que fazes ou às coisas que tu aprendes?
- 4.À maneira como te relacionas com as pessoas que conheces?
5. À tua segurança?
6. A fazer coisas fora de casa?
- 7.A como a tua vida vai ser no futuro?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>